



SOPHIE BIJLOOS

---

# Building a License to Lead

**Hoe zorgbestuurders  
bouwen aan draagvlak  
om te besturen**



*Building a License to Lead*  
*How healthcare executives build support to lead*

*Hoe zorgbestuurders bouwen aan draagvlak om te besturen*

**Judith Sophia Maria (Sophie) Bijloos**

© 2019 Sophie Bijloos

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar worden gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën of opnamen, hetzij op enige andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de auteursrechthebbende.

Schilderijen omslag door Bella Hendriksen-Braham, 2004.

Lay-out and printing door Optima Grafische Communicatie

ISBN: 978-94-6361-282-1



# BUILDING A LICENSE TO LEAD

Hoe zorgbestuurders bouwen aan draagvlak om te besturen

*Building a License to Lead*  
*How healthcare executives build support to lead*

**Proefschrift**

**Ter verkrijging van de graad van doctor aan de  
Erasmus Universiteit Rotterdam  
Op gezag van de rector magnificus  
prof.dr. R.C.M.E. Engels  
en volgens besluit van het College voor Promoties.  
De openbare verdediging zal plaatsvinden op  
donderdag 4 juli 2019 om 11.30 uur**

**door**

**Judith Sophia Maria (Sophie) Bijloos**

**geboren te 's Gravenhage**

**Erasmus University Rotterdam**



## **Promotiecommissie**

### **Promotoren:**

Prof. dr. K. Putters

Prof. dr. W.D. ten Have

### **Overige leden:**

Prof. dr. C.G.J.M. Hilders

Prof. dr. R.T.J.M. Janssen

Prof. dr. M.C.P. Ruijters

## Inhoudsopgave

<b>1</b>	<b>Inleiding</b>	<b>9</b>
1.1	Aanleiding	11
1.2	Onderzoeksvraag	15
1.3	Leeswijzer	19
1.4	Relevantie onderzoek	20
<b>2</b>	<b>Methodologie</b>	<b>25</b>
2.1	Wetenschappelijke positionering	27
2.2	Verzamelde data	28
2.3	Theoretisch kader	34
2.4	Mate van bewijskracht	39
<b>3</b>	<b>Praktijk observaties</b>	<b>45</b>
3.1	Inleiding	47
3.2	Vakontwikkeling	47
3.3	Professionalisering	50
3.4	Werving	55
3.5	Machtsdeling	62
3.6	Omgang met verandering	66
3.7	Schaalvergroting	72
3.8	Gedrag en karakter: rechtvaardigingsgronden	77
3.9	Conclusie	80
3.9.1	De <i>license to lead</i> van de individuele zorgbestuurder	83
3.9.2	De <i>license to lead</i> van raden van bestuur	83
3.9.3	De <i>license to lead</i> van zorgbestuurders als collectief	84
<b>4</b>	<b>Theoretische verdieping</b>	<b>87</b>
4.1	Inleiding	89
4.2	Systeemniveau	91
4.2.1	De semipublieke <i>setting</i>	91
4.2.2	Wie de <i>license to lead</i> kan ontnemen	93
4.2.3	Veranderende context	97
4.2.4	Juridische normstelling	99
4.2.5	Vakontwikkeling	100
4.2.6	Wervingsproces	104
4.3	Organisatieniveau	108
4.3.1	Macht	108
4.3.2	Fase van de organisatie	110
4.3.3	Omgang met verandering	113

4.4	Individueel niveau	114
4.4.1	Professionaliteit	114
4.4.2	Karakter	118
4.4.3	Manier van rechtvaardigen	120
4.5	Conclusie	123
4.5.1	De <i>license to lead</i> van de individuele zorgbestuurder	123
4.5.2	De <i>license to lead</i> van raden van bestuur	125
4.5.3	De <i>license to lead</i> van zorgbestuurders als collectief	126
4.5.4	Bouwstenen van de <i>license to lead</i>	127
<b>5</b>	<b>Confrontatie tussen theorie en praktijk</b>	<b>131</b>
5.1	Inleiding	133
5.2	Draagvlak voor vakontwikkeling en professionalisering	134
5.3	Draagvlakcreatie bij werving	140
5.4	Moreel kader en deugdzaam karakter	143
5.5	Omgang met verandering	150
5.6	Schaalvergroting	152
5.7	Conclusie	154
5.7.1	De <i>license to lead</i> van de individuele zorgbestuurder	154
5.7.2	De <i>license to lead</i> van raden van bestuur	156
5.7.3	De <i>license to lead</i> van zorgbestuurders als collectief	157
<b>6</b>	<b>Conclusies</b>	<b>161</b>
6.1	Inleiding	163
6.2	Zeven conclusies	163
6.3	Wetenschappelijke implicaties	171
6.4	Praktische implicaties	175
<b>7</b>	<b>Reflecties</b>	<b>183</b>
7.1	Begrenzingsen	185
7.2	Verder onderzoek	190

<b>8</b>	<b>Samenvatting</b>	<b>195</b>
<b>9</b>	<b>Summary</b>	<b>205</b>
<b>10</b>	<b>Dankwoord</b>	<b>215</b>
<b>11</b>	<b>Literatuurlijst</b>	<b>221</b>
<b>12</b>	<b>Curriculum vitae/Portfolio</b>	<b>239</b>
<b>13</b>	<b>Bijlagen</b>	
	Digitaal beschikbaar op: <a href="https://epubs.ogc.nl/?epub=s.bijloos">https://epubs.ogc.nl/?epub=s.bijloos</a>	





# 1 Inleiding





## 1.1 Aanleiding

De aanleiding voor dit onderzoek is de in 2013 gestarte ontwikkeling van een accreditatiesysteem voor zorgbestuurders<sup>1</sup> door de NVZD, Vereniging van bestuurders in de zorg. Als beleidsmedewerker en secretaris van de stuurgroep van zorgbestuurders, de accreditatiecommissie van externen en de kopgroep van zorgbestuurders ben ik nauw betrokken geweest bij de ontwikkeling van het accreditatiesysteem. De doelstelling van dit accreditatiesysteem is tweeledig: het werken aan de kwaliteit van zorgbestuurders en het bijdragen aan de maatschappelijke legitimiteit van zorgbestuurders. Het tweede heeft te maken met negatieve uitlatingen in de pers en de politiek over individuele zorgbestuurders en over zorgbestuurders als collectief. De ontwikkeling van het accreditatiesysteem riep bij mij vragen op: is besturen een vak? Welke eisen worden aan zorgbestuurders gesteld? Hoe wordt reputatie gevormd? Is de reputatie van belang voor het dagelijks werk van zorgbestuurders? En hoe? Draagt de accreditatie inderdaad bij aan de vakontwikkeling en aan de positieve reputatie van zorgbestuurders? Deze vragen vormen de aanleiding voor dit onderzoek.

Al snel werd duidelijk dat de zorgbestuurders die meedachten met de ontwikkeling van het accreditatiesysteem niet zochten naar een systeem van punten verzamelen door het volgen van opleidingen (zoals het systeem bij andere beroepsgroepen, bijvoorbeeld artsen en advocaten, is opgezet). De reden is dat het volgen van opleidingen en het behalen van punten geen garantie bieden voor betere bestuurders, volgens de zorgbestuurders die bij het opzetten van het systeem betrokken waren. Ook bestond er onder deze groep geen eenduidige opvatting over welke opleidingen in welke fase van de carrière gevolgd zouden moeten worden. In het accreditatietraject wordt getoetst of bestuurders actief werken aan hun professionele ontwikkeling en beschikken over vermogen tot zelfreflectie. Door het uitzetten van 360 graden feedbackvragen, het schrijven van een ontwikkelplan en het voeren van een gesprek met twee auditoren wordt dit getoetst. De accreditatiecommissie geeft een oordeel over de accreditatie, dat vervolgens vijf jaar geldig is<sup>2</sup> (NVZD Handboek accreditatie, 2018). Dit systeem is tot stand gekomen op basis van de ervaring van zorgbestuurders en met behulp van de Erasmus Universiteit Rotterdam.

---

1 Voor het begrip 'zorgbestuurder' wordt in dit onderzoek aangesloten bij de omschrijving van zorgbestuurders zelf van dit begrip. De toegangscriteria van de Vereniging van bestuurders in de zorg (NVZD) zijn statutaire eindverantwoordelijkheid en het moet gaan om personen die belast zijn met het beheren of besturen van een zorginstelling oftewel een organisatie die (direct) zorg verleent (zie NVZD Statuten, 2017).

2 Oorspronkelijk was dit drie jaar.

Waar onderhavig onderzoek over gaat, laat zich het best illustreren met het verhaal van twee geïnterviewde zorgbestuurders in het kader van dit onderzoek. In de loopbaan van deze zorgbestuurders komen veel elementen terug die in dit onderzoek worden besproken: de manier waarop de bestuurders werken aan hun eigen professionaliteit, de manier waarop zij zorgbestuurder worden, de betrokkenheid bij fusies, de manier waarop de bestuurders omgaan met hun eigen morele overtuigingen, het draagvlak van belanghebbenden binnen de organisatie voor de bestuurder en zijn beleid, de relatie met medebestuurders en raden van toezicht en het resultaat van het werk van deze zorgbestuurders.

De eerste zorgbestuurder wordt voor de leesbaarheid van het verhaal A genoemd. In de jaren tachtig werkt A als medisch specialist. Op de afdeling ontstaat er een crisis met de leidinggevende. A neemt daarom de leidinggevende taken over. Vervolgens fuseert de instelling een aantal maal en wordt A directeur van de gefuseerde instelling, terwijl hij nog steeds werkzaam is als medisch specialist. Eind jaren negentig en nog een fusie verder gaat de mededirecteur met pensioen en wordt A voorzitter van het bestuur. Bij iedere fusie fuseren niet alleen de besturen afkomstig van de organisaties van gefuseerde organisaties, maar ook de raden van toezicht. A krijgt een conflict met zijn medebestuurder van een gefuseerde organisatie wanneer hij het gevoel krijgt dat deze 'niet deugt' (*"hij had zijn huis laten opknappen met manschappen van de instelling, hij had dubbel vakantiegeld, hij declareerde enorm veel bedragen die helemaal niet klopten."*). A kaart dit aan bij de raad van toezicht. De toezichthouder die mee is gekomen met de fusie verzet zich tegen ontslag van de betreffende bestuurder. A huurt een forensisch accountant in. Dit leidt tot het ontslag van die bestuurder (*"Toen kwam er een bonnetje boven tafel van een lunch in een hotel van 680 euro, best veel dus voor een lunch, en toen bleek dat die lunch was met die toezichthouder uit die [gefuseerde organisatie], toen was het hele probleem opgelost want die toezichthouder die moest zich daar natuurlijk uit zien te praten. Ja, je laat je dan toch wel voor enorm veel geld fêteren op kosten van de zaak."*). De betreffende toezichthouder vertrekt pas later.

Begin 2000 doet A een *Master of Business Administration* (*"Ik dacht: 'dan kan ik als bestuurder in de zorg ook wat meer kwaliteit toevoegen.'"*). A is ook in een nevenfunctie binnen de brancheorganisatie actief. De achtergrond als medisch specialist beschouwt A vooral als een pré om te weten waar het over gaat (*"Dus ze kunnen me niet gemakkelijk knollen voor citroenen verkopen, dat vind ik fijn. En ik heb het idee dat door mijn achtergrond ook wel makkelijker de link tussen geld en inhoud te maken valt."*). A heeft een visie om verschillende aspecten van zorg samen te vlechten om een meer holistische benadering en behandeling van de patiënt/cliënt te bewerkstelligen. Deze visie wil hij tot stand brengen middels een fusie met een zorginstelling die een ander type zorg verleent. Dit

leidt ertoe dat A in het bestuur van de veel grotere gefuseerde instelling terecht komt. Hiervoor is geen gesprek gevoerd met de raad van toezicht van de grotere instelling, wel met het bestuur. A blijft in dit bestuur, maar de fusie gaat uiteindelijk niet door omdat de ondernemingsraad van zijn oorspronkelijke instelling het niet wil. A werkt inmiddels niet meer als medisch specialist en zegt als bestuurder steeds meer met jaarrekeningen en begrotingen bezig te zijn. Er worden geen functioneringsgesprekken gevoerd door de raad van toezicht. A ervaart in de instelling weinig openheid van zaken (*"Het ging allemaal achterlangs en er werden een heleboel dingen gedoogd die echt helemaal niet klopten. Er was een hoogleraar, die trok elke maand 2.000 euro van de rekening met zijn creditcard die hij van de zaak had... maar ze ontsloegen hem niet, sterker nog, hij heeft later een lintje gekregen."*). In de instelling hebben twee afdelingen een onderling conflict. Eén van de medewerkers heeft persoonlijke contacten bij de IGZ (de huidige IGJ) en deze medewerker schakelt de IGZ in. Door een deel van de medewerkers wordt het vertrouwen in A opgezegd. A heeft uiteindelijk zijn ontslag genomen.

Daarna is A bestuurder geworden in een zorginstelling waar op dat moment geen bestuur was. Ook in deze instelling heeft hij weinig contact met zijn raad van toezicht, waar van hij de voorzitter persoonlijk kent (*"ik heb mijn voorzitter zelf aangezocht om hier te komen. Maar die is zo druk, dus die heeft helemaal geen tijd om hier toezicht te houden."*).

A reflecteert op wat hij bereikt heeft. In de instelling waar hij zijn ontslag heeft genomen, is een aantal personen weggegaan die bij de vertrouwenscrisis betrokken was, maar *"de kern van de zaak is, denk ik, nog niet opgelost"*. In het algemeen zegt hij: *"Ik doe het wel met een zekere hartstocht. Maar echt iets voor elkaar krijgen, valt helemaal nog niet mee. Ik bedoel, je hebt het al heel gauw over 'de productie moet omhoog', 'het ziekteverzuim moet omlaag', dat soort dingetjes. Dat doe ik ook allemaal, maar dat vind ik niet het leukste. Ik vind het leuk om te kijken waar we naartoe gaan en hoe we in de samenleving een wat betere positie krijgen [als sector], maar goed... dat kan je wel willen, maar dat is in de huidige tijd toch ook wel behoorlijk lastig, om echt iets nieuws op te zetten en daar het geld voor te krijgen. Als baas kan je waarschijnlijk wel een soort van invloed hebben, maar ik weet uiteindelijk niet hoe groot die is"*.

Deze bestuurder is geïnterviewd vanwege de crisissituatie die hij heeft meegemaakt. Ook is dit een zorgbestuurder die al een tijd bestuurder is. Omdat in dit onderzoek ook de ontwikkelingen in de tijd worden geschetst, ook nog een voorbeeld van een andere geïnterviewde zorgbestuurder die (ten tijde van het interview eind 2014) pas sinds kort zorgbestuurder was. Deze wordt hier B genoemd.

B begint in de jaren negentig als beleidsmedewerker in de zorg te werken na een universitaire studie sociale wetenschappen. Hij groeit door naar kwaliteitscoördinator en secretaris van de raad van bestuur van een ziekenhuis. Op de agenda staat de wachtlijstenproblematiek, de samenwerking tussen ziekenhuizen en een reorganisatie waarbij de medische specialisten ook in het management<sup>3</sup> vertegenwoordigd zouden worden. Tijdens die laatste functie geeft hij ook leiding aan een afdeling. Daarna wordt hij hoofd van een afdeling van een groter ziekenhuis waar hij tien mensen aanstuurt. Op de agenda staan patiëntveiligheid, de honoreringsregeling van medisch specialisten en (weer) het veranderen van het sturingsmodel. B solliciteert vervolgens naar een managementfunctie als manager bedrijfsvoering van een zelfstandig onderdeel van het ziekenhuis. Dit werk doet hij tien jaar. B is wanneer het interview plaatsvindt net een aantal jaar eindverantwoordelijke bestuurder van een ander soort en kleinere organisatie. Hij heeft via een vacature in de krant gesolliciteerd. Voor de aanname zijn gesprekken gevoerd met de raad van toezicht, het managementteam, twee bestuurders met wie fusiebesprekingen waren, de cliëntenraad en de ondernemingsraad. Voor het vinden van een nieuwe baan heeft hij ook met *searchers* gesproken.

Toen B begon in de organisatie zou de organisatie gaan fuseren. Zijn voorganger had de fusie al voorbereid. B: *"Ik had mijn twijfels. Mijn manager had ook twijfels. ... Dit soort dingen worden besproken in het managementteam. Daar ben ik uiteindelijk de eindverantwoordelijke. Maar dat gaat altijd in onderling overleg."* B besluit de fusie niet door te laten gaan. *"Dat vroeg ook wel moed"* omdat de fusiepartner veel voordeel zag in de fusie. De raad van toezicht is rolvast en laat de afweging aan B, maar spreekt hier wel met B over. In zijn werk spelen concurrentie met andere instellingen, contacten en contracten met zorgverzekeraars en contacten met de patiëntenvereniging een belangrijke rol. B zit in het bestuur van de brancheorganisatie. B vindt het belangrijk om als bestuurder *"invloed te creëren, want anders is je organisatie een beetje een speelbal. Het is natuurlijk toch een politiek veld met allerlei belangen. Daarin moet je zorgen dat je de bal aan de voet krijgt en dat je goede dingen kunt doen.... Gewoon goed snappen hoe het spel gespeeld wordt en waardevolle suggesties doen, waar mijn collega's ook waardering voor hebben. Daarmee kan ik dan relatief wat meer invloed hebben, dan puur op basis van de omvang van de organisatie. Het zit ook wel in betrouwbaar zijn."* Professionaliseren ziet B voornamelijk als *learning by doing*: in de eerste managementfunctie heeft hij *"nog wel wat beginnersfoutjes gemaakt"*. Daarnaast is B geaccrediteerd bij de NVZD en heeft hiervoor

---

3 Management is meer algemeen dan bestuur: bedrijfsvoeringstaken worden ook wel management-taken genoemd, degene die deze uitvoert manager. Een bestuurder heeft bedrijfsvoeringstaken, maar ook een specifieke positie met eindverantwoordelijkheid. Oftewel alle bestuurders zijn ook manager, maar niet alle managers zijn ook bestuurder.

feedback opgehaald in de organisatie. Ook volgt B een masterclass, doet aan intervisie en coacht anderen ("*Ik bouw altijd voor mezelf momenten in van reflectie*").

In de conclusie zal op deze casus worden teruggekomen.

## 1.2 Onderzoeksvraag

Door ontwikkelingen zoals het accreditatiesysteem wordt actief gezocht naar een duidelijke taakomschrijving en invulling van *het* normenkader voor goed bestuur (zie NVZD Handboek accreditatie, 2018, p. 23-24). De discussie over het normenkader voor goed bestuur vindt ook plaats in het politieke debat. Van der Scheer schijft in haar dissertatie (2013) over de negatieve pers en zelfs over wantrouwen richting zorgbestuurders vanuit politiek en publiek. Krantenberichten met verontrustende signalen komen in de vorm van vragen door Tweede Kamerleden aan de minister of staatssecretaris terug in Tweede Kamerdebatten (Van der Scheer, 2013). Grit en Meurs signaleren in 2005 al eenzelfde ontwikkeling van wantrouwen richting zorgbestuurders (Grit en Meurs, 2005). Dit past in een algemene (internationale) tendens van negatieve *framing* van managers (zie ook Wentink, 2013). De vraag wat deze kritiek wel of niet doet met de positie van zorgbestuurders en hoe zorgbestuurders invloed uitoefenen op hun eigen draagvlak, leidt tot de onderzoeksvraag die hierna is geformuleerd.

In dit onderzoek staat de vraag centraal: hoe bouwen zorgbestuurders aan hun *license to lead*? Het begrip *license to lead* is in dit onderzoek geïntroduceerd als *wetenschappelijk* begrip en gedefinieerd als 'draagvlak om te besturen'.<sup>4</sup>

De onderzoeksvraag is op drie manieren te lezen, namelijk:

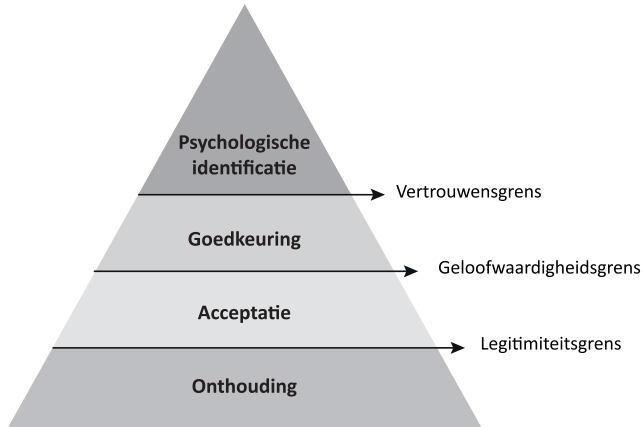
- 1 Hoe bouwen zorgbestuurders in de praktijk (op basis van de voor dit onderzoek verzamelde empirische data) aan hun *license to lead* (beschrijving praktijk)?
- 2 Welke methoden leiden volgens theoretische inzichten tot het vergroten van de *license to lead* (beschrijving theorie)?
- 3 In hoeverre leiden de acties van zorgbestuurders tot het vergroten van hun *license to lead* (analyse van de praktijk met behulp van de theorie)?

Alle drie de vragen worden beantwoord in dit onderzoek. Hierna is nader toegelicht hoe tot het begrip *license to lead* is gekomen.

---

4 'Besturen' is een breed begrip. In dit onderzoek wordt bedoeld het uitoefenen van bestuurstaken vanuit een eindverantwoordelijke rol. Deze invulling is gebaseerd op artikel 2:9 Burgerlijk Wetboek (BW) en een lidmaatschaps criterium van de NVZD (NVZD Statuten, 2017).

Het begrip *license to lead* is afgeleid van het concept *social license to operate*, waarmee wordt bedoeld een set van eisen en verwachtingen die lokale belanghebbenden<sup>5</sup> en de maatschappij hebben over hoe een organisatie zijn werk moet doen (Gunningham e.a. in Moffat e.a., 2015). In het volgende figuur is de mate van *social license to operate*, oftewel het hebben van draagvlak, in piramidevorm weergegeven.



**Figuur 1:** Ontwikkeling van draagvlak: gebaseerd op Thomson en Boutilier, 2011, p. 2.

In dit figuur is de manier waarop draagvlak kan worden verworven weergegeven. Volgens de literatuur rond de *social license to operate* (Thomson en Boutilier, 2011, Moffat e.a., 2015) is deze als volgt:

- Voor het verkrijgen van acceptatie, het passeren van de legitimiteitsgrens, moet het gevoel van voordeel bestaan: 'zolang ik voordeel behaal uit jouw handelen, accepteer ik het'.
- Voor goedkeuring, het passeren van de geloofwaardigheids grens is meer nodig, namelijk ook een gevoel van eerlijkheid, betrokkenheid en wederkerigheid. Oftewel: 'ook als ik geen onmiddellijk voordeel zie, vertrouw ik erop dat mijn belangen worden meegewogen'. Ook het vertrouwen dat de maatschappij heeft in de overheid, of het een *high trust* of *low trust society* is (Fukuyama, 1995), speelt een rol. In een samenleving waar een inherente argwaan tegen 'het systeem' heerst, krijgen instituties minder snel goedkeuring.
- Voor het verkrijgen van vertrouwen is een duurzame relatie nodig gebaseerd op wederzijds respect: 'ook als ik benadeeld word, weet ik dat je mij respecteert en dat je je best doet voor me' (Thomson en Boutilier, 2011).

5 Stakeholders (in dit onderzoek ook wel belanghebbenden genoemd) worden door Freeman (1984) gedefinieerd als: "any group or individual who can affect or is affected by the achievement of the organization's objectives" (p. 46).

Waar bij de *social license to operate* de vraag is hoe vertrouwen en legitimiteit in en van organisaties werken, gaat het bij de *license to lead* in dit onderzoek om de vraag hoe zorgbestuurders bouwen aan draagvlak.<sup>6</sup>

Op basis van de verzamelde data is een driedeling gemaakt om (waar mogelijk en relevant) de mate waarin draagvlak wordt verkregen te onderzoeken. Het gaat dan om zowel het verkrijgen van draagvlak door als voor deze drie groepen:

- 1 individuele bestuurders
- 2 de raad van bestuur als orgaan
- 3 zorgbestuurders als collectief<sup>7</sup>

Met 'draagvlak' wordt bedoeld steun van de relevante belanghebbenden om te besturen. Het gaat op de verschillende niveaus hiervoor (1, 2 en 3) om verschillende belanghebbenden (dezelfde 1, 2 en 3):

1 individuele bestuurders,	1 de directe omgeving van de bestuurder
2 de raad van bestuur als orgaan	2 de relevante belanghebbenden binnen en buiten de organisatie
3 zorgbestuurders als collectief	3 de samenleving in het algemeen

**Figuur 2:** de relatie tussen de ontvanger en gever van de *license to lead*.

Het begrip 'draagvlak' wordt voornamelijk gebruikt in de bestuurskunde. Easton (1965) omschrijft *support* langs lijnen zoals hierna over legitimiteit wordt gesproken. De Graaf (2007) noemt draagvlak voor het proces en voor de uitkomst. Duineveld en Beunen (2006) geven een omschrijving van draagvlak als politiek instrument om beleid te legitimeren en te bestempelen als 'goed'. De (beperkte) definiëring/omschrijving van draagvlak in wetenschappelijke teksten sluit aan bij twee gelijksoortige ordeningsprincipes uit de literatuur: *input*, *throughput* en *output* legitimiteit (Derks en Grit, 2015) en interactionele, procedurele en distributieve rechtvaardigheid (Millenaar e.a., 2013, zie

<sup>6</sup> In de energiesector, onder andere de mijnbouw, wordt het begrip *social license to operate* gebruikt en is hieraan verder invulling gegeven. In drie wetenschappelijke databanken (ABI/INFORM Global, EBSCOhost en PsycINFO) is gezocht naar het begrip *license to lead*. Het begrip *license to lead* wordt vaak letterlijk gebruikt (het verkrijgen van een papieren licentie). Er werd geen heldere wetenschappelijke definitie gevonden van *license to lead*. Daarom is verder aansluiting gezocht bij het begrip *social license to operate*.

<sup>7</sup> Ieder van deze niveaus is samengesteld uit individuele zorgbestuurders. Het onderscheid tussen de niveaus is gemaakt omdat draagvlak op het ene niveau niet (altijd) gelijk opgaat met draagvlak op het andere niveau. Bij het eerste niveau gaat het om draagvlak voor het individu en bij het tweede niveau om draagvlak voor de positie.

ook Colquitt e.a., 2001, Leventhal, 1976, Leventhal, 1980, Xu e.a., 2016).<sup>8</sup> Deze begrippen worden hierna toegelicht.

<b>Input legitimiteit</b> (hierna: persoonlijke legitimiteit) gaat over de legitimiteit van de persoon die de beslissingen neemt. Bijvoorbeeld eigenschappen van de bestuurder, zijn kennis en ervaring en de aan de positie verbonden status kunnen legitimiteit geven.	<b>Interactionele rechtvaardigheid</b> gaat om de persoonlijke interactie tussen personen (bijvoorbeeld of deze fatsoenlijk is).
<b>Throughput legitimiteit</b> (hierna: proceslegitimiteit) gaat over de legitimiteit van de manier waarop de bestuurder zijn werk uitvoert. Deze ontstaat bijvoorbeeld bij een transparant besluitvormingsproces waarbij alle belangen worden betrokken.	<b>Procedurele rechtvaardigheid</b> gaat erover of het proces op een rechtvaardige wijze is verlopen.
<b>Output legitimiteit</b> (hierna: uitkomstlegitimiteit) gaat over de ervaren legitimiteit van de uitkomst van de beslissing, zowel op korte als lange termijn.	<b>Distributieve rechtvaardigheid</b> heeft betrekking op het gevoel van rechtvaardigheid van de uitkomst zelf.

**Figuur 3:** de overeenkomsten tussen verschillende vormen van legitimiteit en rechtvaardigheid.<sup>9</sup>

Bij het bouwen aan de *license to lead* wordt draagvlak verkregen op verschillende manieren: soms bijvoorbeeld door de manier waarop de bestuurder zijn werk uitvoert en wie hij daarbij betreft (proceslegitimiteit) en soms door het bereiken van een gunstig resultaat voor betrokken partijen (uitkomstlegitimiteit). Op basis van voorgaande zullen in deze dissertatie, waar mogelijk en relevant, de lege vakjes van de volgende tabel besproken worden:

- 8 Hier wordt soms ook een vierde vorm aan toegevoegd, namelijk informationele rechtvaardigheid, het tijdig en accuraat verkrijgen van informatie. Deze vorm zie ik als een vorm van procedurele rechtvaardigheid. Dit doet geen afbreuk aan het belang van deze vorm van rechtvaardigheid. Het tijdig en accuraat verkrijgen van informatie is wel degelijk een belangrijke hulpbron om legitimiteit voor het handelen te vinden, zie ook Putters, 2009.
- 9 De manier waarop bestuurders hun handelen rechtvaardigen is van invloed op de ervaren legitimiteit. In dit onderzoek wordt gekeken naar deze rechtvaardigingsgronden. Ook is doorgevraagd op het effect van de verschillende manieren van rechtvaardigen, dus of dit inderdaad heeft geleid tot het gewenste draagvlak. Legitimiteit komt van het Latijnse *lex*, rechtvaardigheid van *ius*. Beiden betekenen wet of recht. *Lex* vindt zijn oorsprong in het werkwoord *ligare*, wat binden betekent. Legitimiteit verkrijgen is dus een manier om mensen te binden. Het Latijnse werkwoord voor *ius* is *iustificare*. Het gaat om een bepaalde vorm van rechtvaardig of rechtmatig handelen, zonder dat hoeft te blijken uit het formele recht of dit rechtvaardig is. In dit onderzoek wordt de relatie tussen legitimiteit en rechtvaardigheid als volgt gedeut. Rechtvaardigen is een middel dat kan worden ingezet om handelen te legitimeren. Wanneer legitimiteit wordt ervaren door de ander, leidt dit tot draagvlak. Draagvlak is dus waar legitimiteit en rechtvaardiging samen komen.



	Individuele zorgbestuurder	Raad van bestuur	Zorgbestuurders als collectief
Persoonlijke legitimiteit			
Proceslegitimiteit			
Uitkomstlegitimiteit			

**Figuur 4:** de relatie tussen de verschillende legitimiteitsvormen en de verschillende niveaus van de ontvanger van de *license to lead*.

In het onderzoek worden verschillende wetenschappelijke perspectieven gekozen om de *license to lead* langs hiervoor geschetste lijnen te onderzoeken. De perspectieven zijn gekozen op basis van de kernthema's die uit het kwalitatieve onderzoek naar voren kwamen (zie paragraaf 2.1). Waar relevant wordt gekeken vanuit een historiografisch perspectief, een filosofisch/ethisch perspectief, een juridisch perspectief, een proces perspectief, een bestuurskundig perspectief, een perspectief gebaseerd op leiderschapstheorieën en een perspectief gebaseerd op de organisatiekunde (zie hoofdstuk 4 voor een toelichting op de theorie).

### 1.3 Leeswijzer

In dit hoofdstuk zal eerst de relevantie van het onderzoek worden besproken.

In **hoofdstuk 2** wordt de methodologie besproken.

De eerste onderzoeksvraag: 'hoe bouwen zorgbestuurders in de praktijk (op basis van de voor dit onderzoek verzamelde empirische data) aan hun *license to lead*?' wordt in **hoofdstuk 3** behandeld.

In **hoofdstuk 4** wordt een theoretische verdiepingsslag gemaakt en daarmee de tweede onderzoeksvraag beantwoord: 'welke methoden leiden volgens theoretische inzichten tot het vergroten van de *license to lead*?'

De derde onderzoeksvraag: 'in hoeverre leiden de acties van zorgbestuurders tot het vergroten van hun *license to lead*?' wordt in **hoofdstuk 5** besproken.

In **hoofdstuk 6** worden overkoepelende conclusies en de wetenschappelijke en praktische implicaties van dit onderzoek besproken.

In **hoofdstuk 7** zijn de reflecties op en begrenzingen van dit onderzoek en de aanbevelingen voor verder onderzoek gegeven.

In **hoofdstuk 8** is de dissertatie samengevat in het Nederlands, in **hoofdstuk 9** in het Engels.

## 1.4 Relevantie onderzoek

### Praktische relevantie

Om hun werk goed te doen, hebben zorgbestuurders (enig) draagvlak nodig. Het hangen van zorgbestuurders en het vertrouwen dat de bevolking heeft in de zorgsector hangen met elkaar samen. Daarom is het zowel op het niveau van de individuele zorgbestuurder als voor raden van bestuur als voor zorgbestuurders als collectief relevant om te weten hoe draagvlak wordt opgebouwd. Deze relevantie wordt hierna verder toegelicht.

In de zorgsector zijn de afgelopen jaren tal van maatregelen genomen om ‘goed bestuur’ te garanderen. Er is een toename aan wet- en regelgeving die de (persoonlijke) aansprakelijkheid van zorgbestuurders oprekt. Ook het salaris van bestuurders wordt aan banden gelegd in de Wet Normering Topinkomens (zie bijlage 2). Zorgbestuurders zelf hebben genoemd accreditatiesysteem ontwikkeld dat leidt tot het al dan niet geregistreerd worden in een - sinds 1 januari 2017 - openbaar register (zie paragraaf 4.2.5). Dat deze maatregelen worden genomen, heeft een aantal oorzaken. Deze oorzaken worden hierna besproken.

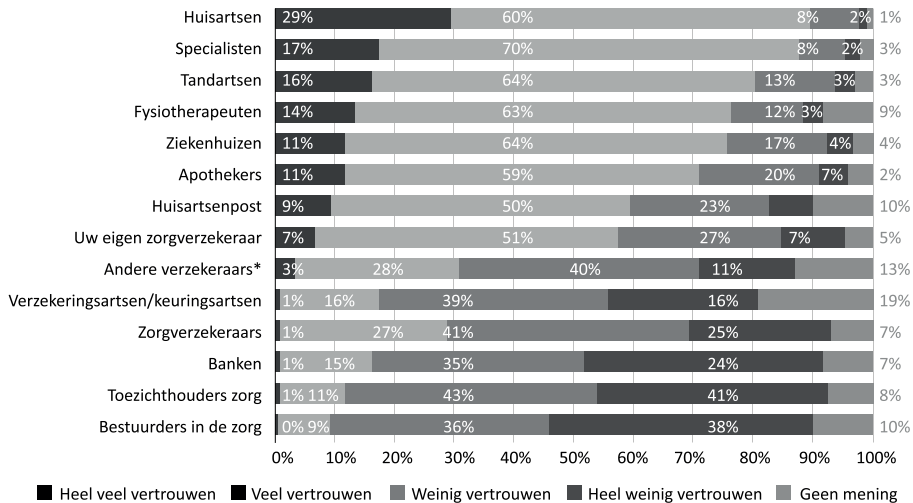
De Nederlandse bevolking ziet de organisatie van de zorg als één van de grootste maatschappelijke problemen. Ongeveer een kwart van het overheidsbudget gaat naar zorg.<sup>10</sup> De zorgen van de maatschappij zijn vooral gericht op de kwaliteit, de kosten en de toekomst: hoe de zorg geregeld is voor de vergrijzende bevolking (Ridder en Dekker, 2018).

Er is veel kritiek op zorgbestuurders en op bestuurders en op managers in het algemeen. Het vertrouwen in organisaties is groter dan in hun vertegenwoordigers. Zo is het vertrouwen in bedrijven hoger dan in hun *chief executive officers/boards of directors* (zie onder meer Wentink, 2013, de Edelman Trust Barometer<sup>11</sup>, 2018). Een onderzoek van onderzoeksbureau NIVEL over vertrouwen in zorgverzekeraars, waarbij dit vertrouwen werd afgezet tegen vertrouwen in andere actoren, zoals zorgbestuurders, laat zien dat

<sup>10</sup> Zie: <https://www.rijksfinancien.nl/visuele-begroting>, geraadpleegd op 15 oktober 2018.

<sup>11</sup> Internationaal onderzoek onder 33,000+ respondenten naar vertrouwen. Ongeveer de helft van de respondenten komt uit China en de VS en de andere helft uit andere landen.

slechts 9% van de bevolking<sup>12</sup> vertrouwen in zorgbestuurders heeft (Hoefman e.a., 2015, p.3).



**Figuur 5:** mate van vertrouwen in bestuurders in de zorg, uit Hoefman e.a., 2015, p. 3. Antwoord op de vraag: 'Wilt u aangeven of u veel of weinig vertrouwen heeft in de genoemde sectoren, instellingen en personen'.

Het belang dat aan zorg wordt gehecht, maakt het des te verontrustender dat er weinig vertrouwen is in degenen die de zorg aansturen, de zorgbestuurders.

In dit onderzoek komen verschillende elementen aan bod die bepalend zijn voor de *license to lead* (gebaseerd op literatuuronderzoek, analyse van de interviews en analyse van focusgroep bijeenkomsten). Zorgbestuurders zoeken draagvlak omdat ze niet kunnen functioneren zonder. Een geïnterviewde zorgbestuurder: *"Als bestuurder moet je niet denken dat jouw eigen goede wil en rechtschapenheid voldoende argumenten zijn voor anderen om jou in het zadel te houden. Die anderen houden jou alleen maar in het zadel als ze er zelf ook belang bij hebben. En daar moet je over nadenken: "Hoe zitten die belangen hier?" En als anderen meer belang hebben bij jouw vertrek dan bij de status quo, dan ben je weg."*

Wanneer inzichtelijk is welke elementen bijdragen aan draagvlak kunnen zorgbestuurders, andere relevante actoren in organisaties, zoals de raad van toezicht, en

<sup>12</sup> De vragenlijst is voorgelegd aan 1500 leden van het Consumentenpanel Gezondheidszorg die representatief zijn voor de volwassen algemene bevolking. De enquête is ingevuld door 611 panelleden, die niet helemaal representatief zijn (Hoefman e.a., 2015, p.8).

wervingsbureaus hier op actiever sturen. In dit onderzoek worden formele en informele controlemechanismen en het belang van deze controlemechanismen besproken als onderdeel van de manier waarop bestuurders werken aan draagvlak.

### Wetenschappelijke relevantie

Dit onderzoek bouwt voort op eerder onderzoek naar zorgbestuurders. Een aantal relevante onderzoeken in de afgelopen 18 jaar is hierna beschreven. In 'Verschuivende verantwoordelijkheden' van Grit en Meurs (2005) worden de dilemma's waar zorgbestuurders met de introductie van de marktwerking voor komen te staan omschreven. Putters beschrijft in 'Besturen met duivelselastiek' (2009) het krachtenveld waar zorgbestuurders zich in bevinden. Van der Scheer verwerkt in haar dissertatie (2013) de resultaten van een longitudinale enquête onder zorgbestuurders. Zij biedt inzicht in de veranderingen in *governance*<sup>13</sup> en rolopvatting van bestuurders in de periode 2000 tot 2010. Stoopendaal (2008) heeft de manier waarop zorgbestuurders omgaan met de schaalvergroting van organisaties onderzocht. Mijn onderzoek verschilt van genoemde wetenschappelijke onderzoeken wat betreft onderzoeksvraag, -methodologie, timing en wijze van verslaglegging. De onderzoeksvraag stelt het bouwen van de *license to lead* van zorgbestuurders centraal, waarmee de zorgbestuurders draagvlak om te besturen krijgen. Dit onderzoek levert een bijdrage aan inzicht in de rol van de (zorg)bestuurder en in het creëren van draagvlak.

Genoemde onderzoeken zijn gebaseerd op literatuur, enquêtes en casestudies. In dit onderzoek is geen casestudie gedaan, maar er is wel een enquête onder zorgbestuurders gehouden om inzicht te krijgen in ontwikkelingen in de populatie van zorgbestuurders en hun opvattingen. Voor dit onderzoek zijn zorgbestuurders ook geïnterviewd en samengebracht in een focusgroep met als doel hun verhaal te doorgronden. Deze resultaten zijn gecombineerd met literatuuronderzoek en met bestudering van Tweede Kamerstukken.

---

13 Met '*governance*' wordt in deze dissertatie bedoeld: 'de formele/informele regels waarlangs bestuurders en toezichthouders hun werk doen'. Bij het definiëren van *governance* wordt soms een waardenoordeel toegevoegd, dat het gaat over een goede of de beste manier van sturen. Dit sluit niet aan bij uitspraken als: 'de governance-structuur is slecht geregeld'. Daarom is gekozen voor de genoemde definitie (gebaseerd op de manier waarop de terminologie wordt gebruikt en op verschillende definities).







## 2 Methodologie





## 2.1 Wetenschappelijke positionering

Omdat de *license to lead* van zorgbestuurders een nieuwe zienswijze is, is het onderzoek explorerend van aard. De aanleiding voor dit onderzoek was een nieuw maatschappelijk fenomeen, namelijk het accreditatiesysteem voor zorgbestuurders. De keuze om naar aanleiding van een nieuwe ontwikkeling, de accreditatie, te zoeken naar de onderliggende verklaringen voor de totstandkoming van deze ontwikkeling, sluit aan bij hoe volgens institutionele theorieën de werkelijkheid wordt bestudeerd. De institutionele etnografie is een onderzoeksmethodologie waarbij de alledaagse praktijk wordt geobserveerd, interviews worden gehouden en via deze interviews wordt gezocht naar de institutionele teksten die het sociale domein coördineren (DeVault, 2013, Smith, 2006 en Prodingen en Turner, 2013).

In dit onderzoek is de alledaagse praktijk niet geobserveerd, maar gecontroleerd geabstraheerd via een focusgroep van zorgbestuurders. Ook zijn interviews gehouden en is gezocht naar institutionele teksten, zoals wetten en Tweede Kamerdebatten. De beleving van zorgbestuurders is geplaatst naast institutionele teksten en theorie om zo tot een beeld te komen van de manier waarop zorgbestuurders bouwen aan hun *license to lead* en hoe deze *license to lead* institutioneel wordt verankerd (zie paragraaf 2.3 voor een nadere toelichting hierover). Er zijn dus elementen van institutioneel etnografisch onderzoek gebruikt, echter het onderzoek is maar beperkt etnografisch van aard, aangezien niet is geobserveerd in de dagelijkse praktijk.

Het systematisch verzamelen en beoordelen van informatie om nuttige feedback over een bepaald onderwerp (in dit geval het accreditatiesysteem) te verzamelen is de doelstelling van evaluatieonderzoek. Evaluatieonderzoek is een brede discipline waaronder verschillende soorten onderzoek vallen. Dit onderzoek volgt het kwalitatieve of antropologische model en meer specifiek dat van de *grounded theory* (Glaser en Strauss, 1967). De vier stadia van analyse van deze theorie zijn:

1. codering: het identificeren van kernbegrippen in de verzamelde data,
2. groepering van de codes om te komen tot concepten,
3. categorisering van concepten om te komen tot theorievorming en
4. theoretisering waarbij de elementen waaruit het onderzoekssubject bestaat, worden weergegeven.

Omdat het onderzoek exploratief is, is gestart met open codering (1) van de interviews. De thema's die hieruit voortkwamen, zijn in de focusgroep van zorgbestuurders besproken en verder geanalyseerd. Dit levert reductie (2) op tot een aantal kernthema's. Deze thema's zijn ook gebruikt om te zoeken in wetenschappelijke teksten. Op basis van de

wetenschappelijke inzichten zijn de thema's geïdealiseerd (3).<sup>14</sup> De idealisering (3) is in dit onderzoek gebaseerd op een serie wetenschappelijk onderbouwde uitgangspunten en theorieën. Vervolgens zijn de interviews met gesloten codering geanalyseerd op basis van deze idealisering. De theoretisering (4) is gebaseerd op de subjectieve betekenis die actoren zelf aan hun handelen verbinden (Weber, 1922/1978). In dit onderzoek is geanalyseerd welke mechanismen bij het verkrijgen van de *license to lead* een belangrijke rol spelen. Op inductieve wijze is vanuit brede informatie gekomen tot een specifiek beeld door het abstraheren van enkele thema's (zie ook Coffey en Atkinson, 1996).

De resultaten krijgen zoveel mogelijk 'vrij spel' om juist de processen die het dagelijks werk van de zorgbestuurder vormen voor zich te laten spreken. Tijdens het onderzoek liet ik mij 'verrassen' door de data.

Na een korte verkenning van het onderzoeksthema in de theorie is dus in de praktijk gekeken welke thema's van belang zijn met betrekking tot de *license to lead* van zorgbestuurders. Vervolgens zijn deze thema's uitgediept door nadere bestudering van wetenschappelijke inzichten. Daarna zijn de geobserveerde praktijk en de bestudeerde wetenschappelijke inzichten met elkaar geconfronteerd. Deze volgorde komt terug in de hoofdstukindeling.

Gekozen is dus voor een *insiderperspectief*. De veronderstelling die hieraan onder meer ten grondslag ligt, is dat bij onderzoek naar de situaties waarin het werk van zorgbestuurders bij het bredere publiek zichtbaar wordt, alleen iets over de ondergrens van de *license to lead*, namelijk het 'onthouden van draagvlak', zou kunnen worden gezegd en dan nog alleen in die gevallen dat er sprake is van landelijke bekendheid.

Putters (2009) onderscheidt vier domeinen: de markt, de overheid, de samenleving en de medische professie. In dit onderzoek is aandacht besteed aan de opvattingen van de overheid (Kamer-, beleidsstukken en wetgeving) en de opvatting van de samenleving voor zover deze onderzocht is in eerder wetenschappelijk onderzoek. De markt (banken, verzekeraars) en de medische professie komen aan bod via het discours van de zorgbestuurders. Zij zijn niet apart bevraagd en komen in de genoemde bronnen ook niet aan het woord.

## 2.2 Verzamelde data

De drie onderzoeksvragen zijn op verschillende manieren onderzocht.

---

14 Een ideaaltype is een model van sociologische verschijnselen, geabstraheerd van toevallige individuele relaties en als zodanig niet objectief.

### Met betrekking tot de eerste onderzoeksvraag

Om te onderzoeken hoe zorgbestuurders in de praktijk bouwen aan hun *license to lead* zijn drie soorten data verzameld:

- a. interviews onder voornamelijk zorgbestuurders en *searchers*,
- b. bijeenkomsten van een focusgroep van zorgbestuurders over de gehele onderzoeksperiode en
- c. een enquête onder de leden van de NVZD die deel uitmaakt van een longitudinaal enquêteonderzoek dat gestart is door Meurs in 2000, in 2005 en 2010 door Van der Scheer en Meurs gezamenlijk is uitgevoerd en dat ik in 2015 heb herhaald en aangevuld.

In lijn met de drie niveaus van onderzoekssubjecten (individuele bestuurders, de raad van bestuur als orgaan en zorgbestuurders als collectief) is dus ook bij het empirisch onderzoek op drie niveaus gekeken:

- a. het individuele verhaal van bestuurders in onder andere de interviews,
- b. casusbesprekingen van zorgbestuurders in dialoog in de focusgroep en
- c. de ontwikkeling van zorgbestuurders als collectief in de enquête.

Dit deel van het onderzoek heeft een kwalitatief gedeelte (de interviews en bijeenkomsten van de focusgroep) en een kwantitatief gedeelte (de enquête). Kwalitatief onderzoek biedt ruimte voor het bestuderen van de werkelijkheid als geheel.<sup>15</sup> Het verrichte kwantitatief onderzoek geeft inzicht in ontwikkelingen in de tijd en in het profiel van zorgbestuurders. Hierna worden de drie soorten data nader toegelicht.

- a. Ter nadere exploratie van de problematiek is gestart met enkele verkennende interviews. De kleuring die deze gesprekken gaven aan de vraag hoe zorgbestuurders aan hun *license to lead* bouwen, maakte dat het aantal interviews is uitgebreid. In totaal zijn er tweeëntwintig interviews gehouden. De interviews zijn semigestructureerd aan de hand van een interviewprotocol (bijlage 3). De interviews zijn letterlijk getranscribeerd. Tussentijds zijn de interviews door middel van open codering geanalyseerd om relevante thema's te ontwaren. Ik ben doorgegaan met interviewen totdat saturatie was bereikt (dezelfde *sensitizing concept*, oftewel kernbegrippen, terug bleven komen bij codering). Vervolgens is gecodeerd op het niveau van de directe relaties (microniveau), het niveau van de organisatie (mesoniveau) en het

15 Creswells definitie van kwalitatief onderzoek omschrijft de reikwijdte van kwalitatief onderzoek: "Qualitative research is an inquiry process of understanding based on distinct methodological traditions of inquiry that explore a social or human problem. The researcher builds a complete, holistic picture, analyzes words, reports detailed views of informants and conducts the study in a natural setting." (1998, p.15).

niveau van zorgbestuurders als collectief (macroniveau) en op persoonlijke, proces- en uitkomstlegitimiteit (zie de paragrafen 1.2 en 4.1). Het beeld uit de interviews is in de focusgroep gevalideerd. De volgende personen zijn geïnterviewd:

- Veertien zorgbestuurders. Er is gestart met één verkennend interview. Er is bij dit eerste interview ook niet gewerkt met een interviewprotocol, maar met een vragenlijst. Dit interview is niet opgenomen, maar er zijn aantekeningen gemaakt. Daarna zijn tien zorgbestuurders geselecteerd op basis van differentiatie in leeftijd, geslacht, achtergrond, sector waar ze werkzaam zijn en ervaringsjaren en geïnterviewd. Binnen het eigen netwerk en met behulp van contacten binnen de NVZD heb ik een aantal zorgbestuurders geselecteerd. Vervolgens heb ik ook hun gevraagd of zij op basis van de door mij genoemde criteria suggesties hadden voor aanvullende interviews. Daarnaast zijn twee zorgbestuurders geïnterviewd om de invloed van schaal te onderzoeken, één bestuurder van een grote en één van een kleine zorginstelling. Ten slotte is er één zorgbestuurder geïnterviewd om het verliezen van de *license to lead* te onderzoeken (hij heeft met zijn vertrek bij de instelling het nieuws gehaald).
- Twee bestuurssecretarissen. Deze hebben gereageerd op een oproep van Wouter ten Have tijdens een congres waar hij als spreker aanwezig was. Ze zijn uitgezocht vanwege hun ervaring en nauwe samenwerking met meerdere zorgbestuurders. Het doel was om het beeld dat zorgbestuurders zelf hebben te leggen naast het beeld dat mensen die veel met zorgbestuurders samenwerken hebben.
- Een adviseur die in verschillende zorginstellingen heeft geadviseerd. Hiervoor is het interviewprotocol van de bestuurssecretarissen gehanteerd. Aangezien de geïnterviewde zorgbestuurders eerder in hun carrière verschillende rollen hebben gehad zoals manager, bestuurssecretaris of toezichthouder, blijkt dat zij niet alleen uit eigen ervaring als zorgbestuurder, maar ook vanuit andere rollen reflecteren op het werk van besturen. Om die reden is besloten om niet nog meer bestuurssecretarissen/adviseurs te interviewen.
- Vier *searchers*. De *searchers* zijn op aanbeveling van de verschillende geïnterviewde zorgbestuurders geselecteerd, waarbij als criteria zijn gehanteerd dat een *searcher* veel bestuurders in de zorg heeft geworven en dat de *searchers* gezamenlijk in alle sectoren in de zorg werkzaam zijn. Daarnaast is ook gekeken of er een verschil is tussen het werk van een *searcher* van een groter bureau en van een *searcher* die werkt als zelfstandige ondernemer.

- De directeur van de NVZD vanwege zijn ervaring met zorgbestuurders en zijn rol bij de NVZD. Aangezien ik werk bij de NVZD, is bij dit interview Wouter ten Have, promotor, meegegaan, om eventuele 'blinde vlekken' of subjectieve inkleuring te verminderen.
- b. De focusgroep is ingericht om de vraagstelling van het onderzoek aan te scherpen, de kernbegrippen boven tafel te krijgen, deze begrippen verder uit te diepen en te kijken of de leden zich herkennen in het beeld dat uit de data naar voren is gekomen en daarop te reflecteren. De focusgroep van zorgbestuurders is gevormd met tien<sup>16</sup> van de geïnterviewde bestuurders. De focusgroep is bewust divers samengesteld om te vermijden dat er een discours zou domineren. Zij zijn gedurende het onderzoek ieder half jaar bijeen geweest, met twee langere onderbrekingen. In totaal zijn zij acht keer bijeen geweest (zie bijlage 3 voor de data waarop deze bijeenkomsten zijn gehouden en de draaiboeken). In de focusgroep is getoetst of de onderzoeksthema's herkend werden door de leden van de groep. De focusgroepen zijn vormgegeven volgens de principes van een focusgroep (Evers, 2013). Zo is onder meer aan het begin van iedere focusgroep aangegeven dat er geen consensus hoefde te worden gevonden. Juist de discussies gaven inzicht in eenheid en verschil in opvatting, in perceptie en in prioriteiten met betrekking tot de thema's in de groep. Dit inzicht speelt een rol bij het problematiseren en ordenen van de data. Alle focusgroepen zijn opgenomen, getranscribeerd en gecodeerd in Atlas.ti op eenzelfde wijze als de interviews.
- c. De enquête is uitgevoerd om een beeld te krijgen van de samenstelling van de groep van zorgbestuurders, de invulling van hun dagelijks werk, de rolopvatting die ze hebben, het soort organisaties dat ze aansturen, hoe ze werken aan hun professionalisering en hoe dit alles zich door de tijd heen heeft ontwikkeld. De enquête is iedere 5 jaar vanaf 2000 uitgevoerd onder leden van de NVZD. In elk meetjaar is de steekproef opnieuw samengesteld. De respons was in 2000 rond de 400 en in 2005, 2010 en 2015 gelijk aan of meer dan 300 zorgbestuurders.

	2000	2005	2010	2015
<b>Steekproef (N)</b>	891	727	702	722
<b>Respons (n)</b>	410	309	308	300
<b>Respons (%)</b>	46%	43%	44%	42%

**Figuur 6:** respons longitudinale enquête, in cijfers en procentueel, zie ook Bijloos e.a., p. 14.

16 Een zorgbestuurder is tussentijds gestopt in de focusgroep en er is voor die zorgbestuurder in de plaats een bestuurder uit dezelfde sector bijgekomen. In de looptijd van het onderzoek zijn twee leden van de focusgroep niet langer werkzaam als zorgbestuurder en hebben slechts twee leden nog dezelfde baan als die ze hadden toen ze in de focusgroep kwamen.

De NVZD geeft aan op basis van eigen (niet wetenschappelijk) onderzoek ongeveer twee derde van de eindverantwoordelijke bestuurders te vertegenwoordigen. Hierbij heeft ze de zorginstellingen waarop weinig zicht is buiten beschouwing gelaten, bijvoorbeeld omdat ze op basis van omvang een beperkte verantwoordingsplicht hebben of onder een categorale uitzondering van de Wet toelating zorginstellingen (WTZi) vallen. Voor alle vier de jaren van onderzoek geldt dat de respons ten opzichte van de steekproef ruim voldoende is om een 95% betrouwbaarheidsinterval, met een nauwkeurigheid van 5%, te bereiken. In hoofdstuk 2 van Bijloos e.a. 2017<sup>17</sup> hebben we een uitgebreidere verantwoording van de enquête opgenomen. Relevant om hier te noemen, is: *“Om statistische analysemethoden te kunnen gebruiken is een representatieve steekproef nodig. Hiervoor is het van belang dat de leden van de NVZD in kwalitatieve zin representatief zijn voor de zorgsector. De NVZD heeft aan-gegeven dat van oudsher vooral bestuurders van grote organisaties lid zijn van de NVZD, maar dat dit beeld de laatste jaren aan het wijzigen is. Waar mogelijk hebben we ook gecontroleerd op andere kenmerken, onder andere door de samenstelling van onze steekproef te vergelijken met gegevens van Prismant en het CBS. Er werden geen afwijkingen gevonden.”* (p.14-15)<sup>18</sup> Voor een uitgebreide verantwoording van de enquête zie Bijloos e.a., 2017, p. 13-16.

In 2013 is Van der Scheer gepromoveerd op de resultaten van de enquête van 2000, 2005 en 2010. In afstemming met Van der Scheer zijn er enkele aanpassingen gedaan aan de bestaande enquêtevragen en is er een aantal vragen verwijderd. Voor de continuïteit is gekozen om het merendeel van de onderzoeksvragen in stand te houden (55 vragen). Ten behoeve van mijn onderzoek heb ik 15 vragen toegevoegd. De vragen die in 2015 zijn toegevoegd aan de enquête, zijn op meerdere momenten aangescherpt met hulp van de focusgroep van zorgbestuurders. Ze hebben ten eerste kritisch meegekeken naar de vraagstelling en de relevantie hiervan. Zij hebben ook een rol gespeeld bij het bepalen van de antwoordcategorieën. Vervolgens hebben zij als eerste de enquête ingevuld om deze zowel inhoudelijk te testen als op de techniek, in 2015 heb ik de enquête namelijk gedigitaliseerd. Deze test heeft ertoe geleid dat een aantal vragen is verduidelijkt, een aantal antwoordcategorieën is toegevoegd en dat op de juiste wijze is doorgelinkt, zodat de juiste vervolgvraag volgt op het gegeven antwoord.

De uitkomsten zijn geanalyseerd in SPSS. Ik heb hiervoor van de expertise van drs. Peter Dekker, methodoloog werkzaam bij de Vrije Universiteit Amsterdam, gebruik gemaakt.

17 Deze is te vinden op: [https://nvzd.klantsite.net/l/library/download/urn:uuid:6413077d-66bb-4484-884b-1325ffb297d0/bestuurders+in+beeld.pdf?format=save\\_to\\_disk&ext=.pdf](https://nvzd.klantsite.net/l/library/download/urn:uuid:6413077d-66bb-4484-884b-1325ffb297d0/bestuurders+in+beeld.pdf?format=save_to_disk&ext=.pdf).

18 Prismant is een commercieel onderzoeksbureau. CBS is het Centraal Bureau voor de Statistiek, een zelfstandig bestuursorgaan (ZBO) die overheidstaken uitvoert, maar niet direct onder het gezag van een ministerie valt.

In overleg met Van der Scheer zijn op gelijksoortige wijze als eerdere jaren de data van 2015 geanalyseerd. De resultaten en vergelijking met eerdere jaren heb ik gezamenlijk met Van der Scheer en Van Veen-Berkx in het boek 'Bestuurders in beeld: vijftien jaar onderzoek naar het besturen van zorgorganisaties' weergegeven. In Van der Scheer 2013 is meer informatie opgenomen over de manier waarop deze vergelijkingen zijn gemaakt. In bijlage 5 is een overzicht van alle resultaten van de enquête uit 2015 te vinden.

Deze informatie is in deze dissertatie afgezet en aangevuld met kwantitatieve data die reeds bekend en beschikbaar zijn over het werk van (zorg)bestuurders.

### **Met betrekking tot de tweede onderzoeksvraag**

Om de theoretische inzichten rond draagvlak om te besturen te onderzoeken, is gezocht in historische, juridische, filosofische, leiderschaps-, organisatiekundige en bestuurlijke teksten en analyses. Door in de wetenschappelijke databank van de Erasmus Universiteit te zoeken op kernbegrippen in het Engels en Nederlands is het onderwerp verkend. Kernbegrippen die zijn gehanteerd, zijn ontleend aan de probleemstelling en de open codering van de interviews en focusgroep(zoals goed bestuur, *license to lead*, *license to operate*, draagvlak, vertrouwen, legitimiteit, werving van bestuurders, zorgbestuurders, professionalisering van zorgbestuurders, rechtvaardigheid, macht, gezag en leiderschap). In de loop van het onderzoek is met behulp van aanvullende begrippen in de interviews, focusgroep en bij de bestudering van de gevonden literatuur verder gezocht. In de theorie is gezocht welke perspectieven het best aansluiten op wat in de praktijk is gevonden. Zo is bijvoorbeeld na een algemene beschouwing van filosofisch/ethische inzichten gekozen voor de deugdenethiek als perspectief om naar de onderzoeksvraag te kijken. Door deze brede benadering zijn essentiële inzichten voor het beantwoorden van de onderzoeksvraag in kaart gebracht. Het combineren van de verschillende wetenschappelijke perspectieven leidt tot een brede benadering en exploratie van de onderzoeksvraag. In hoofdstuk 4 worden de verschillende theoretische perspectieven besproken en toegelicht. De beperkingen worden in hoofdstuk 7 besproken.

### **Met betrekking tot de derde onderzoeksvraag**

Om de derde onderzoeksvraag te beantwoorden, is als volgt te werk gegaan. Na het analyseren van de empirische data zijn de bevindingen naast de wetenschappelijke inzichten gelegd.

Om de feitelijke ontwikkeling van de *license to lead* van zorgbestuurders te onderzoeken zijn Tweede Kamerstukken systematisch geanalyseerd. Een aanleiding voor dit onderzoek vormt immers de reactie van zorgbestuurders op negatieve kritiek vanuit de politiek en de pers. Alle parlementaire stukken van 1 januari 2013 tot 8 juni 2018 zijn

bestudeerd op basis van een aantal zoekcriteria (zie bijlage 1 voor het overzicht). Voor deze periode is gekozen op basis van een aantal overwegingen: op 1 januari 2013 trad de WNT in werking en in dat jaar werd gestart met het accreditatietraject van de NVZD (zie paragraaf 1.1). Bovendien startte in dat jaar het onderzoek en op 8 juni 2018 was de laatste bijeenkomst van de focusgroep waarin data werden verzameld, waardoor de verzameling van de verschillende onderzoeksdata in eenzelfde periode plaatsvond.

Dit leverde zoveel (ook niet relevante) resultaten op, dat een specificering nodig was. Op basis van de eerder met behulp van open codering en literatuuronderzoek gevonden *sensitizing concepts* is de data verder gereduceerd. Hierbij is gekozen voor termen die uit de eerste *screening* naar voren kwamen en die door de geïnterviewde zorgbestuurders werden gebruikt. Vervolgens is de overlap onderzocht: welke kwesties worden vaak in combinatie met elkaar besproken? Dit geeft een beeld van *hot items*. Deze analyse biedt een kwantitatief inzicht in welke onderwerpen vaker worden besproken en welke onderwerpen met elkaar lijken samen te hangen (in bijlage 1 is dit uitgewerkt).

Daarnaast is verdieping gezocht in het politieke debat over goed zorgbestuur door systematisch te onderzoeken in welke bewoordingen over bestuurlijk handelen in de zorg wordt gesproken (zie paragraaf 5.1 en bijlage 1). Er is daarbij niet zozeer onderzocht in welke mate bepaalde onderwerpen worden besproken als wel op welke manier over deze onderwerpen wordt gesproken. Dit biedt dus een accuraat, maar niet te generaliseren beeld van opvattingen over zorgbestuurders in het publieke debat.

Aangezien de beloning/het salaris van bestuurders in veel gevallen gekoppeld wordt aan goed zorgbestuur, maar de discussie steeds eenzelfde focus had en door een aantal politieke partijen wordt gedomineerd, wordt hierop apart ingegaan, maar er is ervoor gekozen om deze resultaten buiten de zoekresultaten van de genoemde systematische *search* te houden. Ook de accreditatie wordt apart behandeld.

In hoofdstuk 5 wordt aan de hand van de verkregen data geanalyseerd hoe de *license to lead* van zorgbestuurders zich ontwikkelt en welke stappen hierin nog te zetten zijn.

### **2.3 Theoretisch kader**

De wetenschappelijke perspectieven die bij het onderzoeken van de *license to lead* zijn gehanteerd, worden hierna toegelicht.

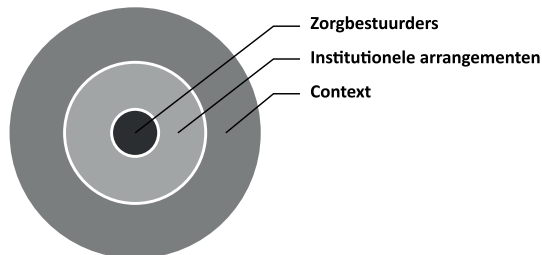
#### **Bouwen aan de *license to lead* als proces**

De onderzoeksvraag is hoe zorgbestuurders aan hun *license to lead* bouwen. Het woord 'hoe' opent de deuren voor een omschrijving van een proces en niet alleen het statisch



onderzoeken van de persoon van de zorgbestuurder en zijn omgeving. In de zoektocht naar hoe zorgbestuurders aan draagvlak bouwen, blijkt dat een belangrijk deel van het werk van zorgbestuurders bestaat uit het zoeken naar handelingsruimte voor zichzelf en voor de organisatie, zowel intern als extern. Om bijvoorbeeld de zorg te financieren bouwen zorgbestuurders aan relaties met verzekeraars en gemeenten. Om een verandering door te voeren bouwen zorgbestuurders aan de relaties binnen de interne organisatie. Hierbij gebruiken ze zichzelf als instrument<sup>19</sup>: hun persoonlijkheid (persoonlijke legitimiteit), de manier waarop ze het proces inrichten (proceslegitimiteit) en het resultaat dat ze weten te bereiken (uitkomstlegitimiteit). Procestheorie benadert organisaties vanuit een opvatting die zich het best laat samenvatten als *panta rei* (alles stroomt): het geanalyseerde wordt constant gevormd, hervormd en ongedaan gemaakt in relatie tot andere dingen (Hernes, 2014). Ook de *license to lead* is geen gefixeerd gegeven. Integendeel: de grenzen zijn vaag en de invulling is situationeel (vergelijk Janssen, 2016).

In deze dissertatie wordt gekeken naar zorgbestuurders zelf, de institutionele arrangementen<sup>20</sup> die een rol spelen in het versterken of ontcrachten van de *license to lead* van zorgbestuurders en de rol van de context:



**Figuur 7:** Schematische weergave van de verschillende beïnvloedingssferen op de *license to lead* van zorgbestuurders.

19 Hoe bestuurders zichzelf (lichaam, taal, houding) bewust als instrument kunnen inzetten, wordt bijvoorbeeld omschreven in het essay *Self as tool: Het vermogen vakkundig jezelf te zijn in politiek-ambtelijke verhoudingen* van Van Twist e.a. (2017).

20 Scott (2001) onderscheidt de volgende soorten instituties:

- formele instituties, de wettelijk verankerde regels en afspraken;
- normatieve instituties, het moreel gezien juiste gedrag;
- cognitieve instituties, de herkenbare, vanzelfsprekende omgangsvormen voortkomend uit een gedeeld begrip van de situatie.

In dit hoofdstuk wordt duidelijk dat het tweede type, normatieve instituties, alleen instituties zijn wanneer het gaat om een gedeelde opvatting over wat moreel gezien juist gedrag is. In de conclusies wordt hierop teruggekomen.

## De rol van de context

In verschillende organisatiekundige theorieën wordt verondersteld dat de effectiviteit van een organisatie door de context wordt bepaald. Om de relatie tussen omgeving, organisatie en zorgbestuurder te duiden zijn in ieder geval *resource dependency*, *contingentie*, *stakeholder*- en instrumententheorieën relevant.

- De *resource dependency theory* van Pfeffer en Salancik (1978) gaat ervan uit dat organisaties afhankelijk zijn van bronnen uit de omgeving van de organisatie, vaak aanwezig bij andere organisaties, waardoor een onderlinge afhankelijkheid wordt gecreëerd en machtsverhoudingen ontstaan. Deze bronnen kunnen verschillend van aard zijn, zoals financieringsbronnen of inhuur van personeel.
- Contingentietheorie gaat ervan uit dat er een directe link is tussen de *task difficulty* die de omgeving stelt en het organisatieresultaat (Andrews e.a., 2012, p. 17).
- Stakeholdertheorieën gaan ervan uit dat het succes van een organisatie (mede) wordt bepaald door het succesvol managen van de belanghebbenden (*stakeholders*) van de organisatie. Hierbij spelen macht, legitimiteit en prioriteit van (het belang van) de belanghebbenden een belangrijke rol in het bepalen welke belangen van welke belanghebbenden het zwaarst wegen (Mitchell e.a., 1997).
- De instrumententheorie beschrijft de relatie tussen ingezette instrumenten, de omstandigheden, de externe context en het effect van beleid (Bressers en Klok, 1988).

Binnen het (wetenschappelijke) domein van leiderschap zijn er verschillende opvattingen over de vraag of goed bestuur gebaseerd is op een (vaststaande) set van vaardigheden en eigenschappen of door context bepaald is, waardoor er geen algemene uitspraken te doen zijn over wanneer een leider<sup>21</sup> een goede leider is (zie bijvoorbeeld Evans e.a., 2013, Grzeda, 2005 en Stoker en Garretsen, 2018). Sommige stromingen, zoals de *trait*, *style* en *behavioural theories*, gaan ervan uit dat het succes van bestuurders voornamelijk met de persoon van de bestuurder samenhangt (zie Crossan e.a., 2008). Situationele theorieën, zoals de *leader-member exchange theory*, gaan ervan uit dat het succes van de bestuurder wordt bepaald door de context, bij deze specifieke theorie in de relatie tussen de leiders en hun volgers (zie: Ballinger, 2009). Systeemtheorieën plaatsen de leider in een groter systeem waarbij ook de organisatie en de omgeving een rol spelen (zie: Drath e.a., 2008).

Het belang van de context voor de *license to lead* van de zorgbestuurders wordt in deze dissertatie besproken.

---

21 Het woord leider wordt soms gebruikt als synoniem voor bestuurder, maar eenieder kan leider zijn, ook zonder formele positie, zolang hij volgers heeft.

## De rol van institutionele arrangementen

Van der Scheer (2013, p. 15) definieert instituties als: “*formele en informele regels, normen en gebruiken die bewust of onbewust veel van ons handelen sturen.*” De verschillende manieren om te bouwen aan de *license to lead* kunnen leiden tot een meer of minder duurzame *license to lead*. Door institutionele verankering kan een duurzamere invulling worden gezocht. Institutionele arrangementen kunnen worden gecreëerd door zorgbestuurders zelf of door de omgeving; er is dus feitelijk overlap tussen de cirkels. De definitie van Van der Scheer maakt duidelijk dat de grenzen tussen instituties en het handelen van zorgbestuurders zelf of de context waarin ze opereren wazig zijn. *Institutional work* theorieën focussen erop hoe actoren instituties creëren, onderhouden of veranderen door te omschrijven hoe actoren continu bezig zijn met het uitvoeren van routines en andere praktijken die bestaande institutionele arrangementen kunnen versterken of veranderen (Janssen, 2016). In dit onderzoek wordt de mate van institutionalisering besproken om inzichtelijk te maken welke duurzaamheid of generaliseerbaarheid bepaalde regels, normen en gebruiken hebben.

Institutionele theorieën zien verklaringen voor sociale fenomenen en instituties als meer dan een aggregaat van de individuele kenmerken en motieven. Verschillende institutionele theorieën gaan uit van een bepaalde wisselwerking tussen formele controle en vertrouwen en informele controle en vertrouwen. Zo gaan bijvoorbeeld legalistische institutionalisten ervan uit dat het vastleggen van regels over eerlijkheid en juistheid leidt tot een gevoel van legitimiteit en van vertrouwen in een organisatie. Alles wat het gevoel van structuur en procedurele vastheid ondermijnt (hierna aangeduid als informele controle) zien zij als een bedreiging voor het vertrouwen. Andere institutionalisten zien zowel formele als informele controle als een manier om vertrouwen te vergroten (Sitkin en George, 2005).

De institutionele context, de wisselwerking tussen het bestuurlijk handelen en de institutionele context en het verankeren van de *license to lead* in de institutionele context worden in dit onderzoek besproken.

## Goed bestuur

De rol van de zorgbestuurder, de normstelling voor zorgbestuurders en de verantwoordingsmechanismen waaraan zorgbestuurders gebonden zouden moeten zijn, hebben de publieke belangstelling en worden bediscussieerd in onder andere de pers en de politiek. Van der Scheer vat dit als volgt samen: “*Bij het ontbreken van consensus vooraf over goede zorg en goed bestuur, wordt achteraf – aan de hand van incidenten – bepaald wat acceptabel is en vooral wat niet.*” (Van der Scheer, 2013, p. 284).

In dit onderzoek wordt invulling gegeven aan wat een 'goede' zorgbestuurder is, door duiding te geven over welke kenmerken een professionele, een legitieme en een effectieve en doelmatige zorgbestuurder zou moeten beschikken. Dit vanuit de veronderstelling dat een goede zorgbestuurder meer draagvlak heeft dan een slechte.<sup>22</sup> In de ethiek<sup>23</sup> wordt op verschillende manieren aangekeken tegen wie bepaalt wat goed is: moraal wordt vanuit verschillende stromingen gezien als meer of minder situationeel. Perry (1954, zie Beauchamp, 2001, p. 78) ziet morele waarden als verlengstuk van belangen: wat goed is, is wat in iemands eigen belang is. Moraal is volgens die benadering subjectief. Rawls (1971, in Beauchamp, 2001, p. 144-146) ziet moraal als intersubjectief, namelijk gebaseerd op een 'sociaal contract'.<sup>24</sup> Mackie (1977 in Beauchamp, 2001, p. 24-26) ziet moraliteit als een duurzame set van sociale praktijken die invulling geven aan wat is vereist, gehandhaafd en veroordeeld in een sociale *setting*. Deze worden gevormd door de maatschappij zelf. Vanuit deontologisch perspectief is het goede een universeel, tijdsafhankelijk gegeven. Een personificatie van deze zienswijze is God. Moore gelooft dat er sommige objectieve waarden zijn (zie Beauchamp, 2001, p. 70-71). Wanneer morele waarden objectief zijn, zou, net als andere wetenschappen aan waarheidsvinding doen, moraal als waarheid kunnen worden ontdekt met wetenschappelijke methoden (zie McNaughton, 1988 in Beauchamp, 2001, p. 79-85). Wanneer moraal subjectief is, kan de juiste actie per situatie verschillen. Wanneer deze intersubjectief is ook, maar hoe breder de groep mensen die als bepalend wordt gezien, des te algemener de moraal.

Het lastige bij al deze stromingen is de vraag of het goede kenbaar is en zo ja, hoe en voor wie. Cognitivisten geloven van wel, noncognitivisten van niet. Wanneer het goede simpelweg is wat de meerderheid vindt (zoals het naturalisme stelt, zie Beauchamp, 2001) of, zoals Hume stelt (in Beauchamp, 2001, p. 53-54), wat goed is, is wat verankerd is in de wet- en regelgeving van een samenleving, dan is het goede gemakkelijk kenbaar. Illegaal en immoreel zijn volgens de opvatting van Hume aan elkaar gelijk. Omdat de *license to lead* wordt gezien als een proces schiet deze zienswijze tekort: wet- en regelgeving veranderen, juist omdat wat als goed wordt gezien aan verandering onderhevig is. Wanneer het goede is wat in de wet staat, zou het veranderen van de wet paradoxaal zijn: wat goed is, is immers altijd wat binnen het huidige systeem goed is (Moore noemt dit de *naturalistic fallacy*, zie Beauchamp, 2001, p. 70-71). Wet- en regelgeving kunnen

22 Of dit in de praktijk ook altijd zo werkt, is de vraag. In de hoofdstuk 5 wordt teruggekomen op de rol van de normstelling in de praktijk en in de conclusie wordt hierop gereflecteerd.

23 Het verschil tussen ethiek en moraal is dat ethiek bestudeert en beschrijft wat de moraal is. De moraal kan worden gezien als een leidraad om als mens goed (samen) te leven of juist te handelen.

24 Interessant in dit kader is de roep om het vernieuwen van het 'sociaal contract' in de oratie van Putters, 2017.

echter voor de inwoners van een land als onrechtvaardig voelen. Deze zienswijze schiet in het kader van dit onderzoek bovendien tekort, omdat ook zorgbestuurders die wet- en regelgeving volgen hun *license to lead* kunnen verliezen. Juist door de gelaagdheid in de *license to lead* is de opvatting van de meerderheid onvoldoende concreet. Een individuele zorgbestuurder kan bijvoorbeeld zijn *license to lead* bij de zorgverzekeraar vergroten met gunstige resultaten door in zijn directe omgeving mensen onder druk te zetten, wat, wanneer het naar buiten komt, kan leiden tot vermindering van de *license to lead* van zorgbestuurders als collectief. Een andere kritiek op het omschrijven van goed als iets dat volgt uit wettelijke en contractuele verplichtingen, is dat hierbij goede motieven, zoals zorgzaamheid, vertrouwen, vriendelijkheid en welwillendheid niet worden erkend (Beauchamp 2001).

Over de basis van moraal verschillen dan ook de meningen: moraal kan bijvoorbeeld gebaseerd zijn op principes (normatieve ethiek), op verplichtingen (zoals Kants categorische imperatief), op belangen (moreel pluralisme), op passies (bijvoorbeeld bij Hume), op handelen (bij *act utilitaristen*), op regels (bij *rule utilitaristen*), en op deugden/karakter (zoals bij Aristoteles) (zie onder meer Beauchamp 2001). Deze morele component van de *license to lead*, waarbij het karakter, de motieven, de principes, de (morele) handelingen, de waardenafweging met betrekking tot belanghebbenden, de (morele) verplichtingen die zorgbestuurders voelen en de regels die gebaseerd zijn op de morele kaders van de samenleving, een rol kunnen spelen, wordt in dit onderzoek verder uitgediept. Met moreel kader wordt in deze dissertatie bedoeld de - meer of minder intersubjectieve - opvattingen over wat de goede uitkomsten, goede werkwijzen en goede motieven zijn. Het moreel kader bestaat deels uit gedeelde opvattingen, maar het bestaat ook uit alle individuele opvattingen die (deels) daarbuiten vallen. Het gaat niet om objectieve morele 'feiten', die zouden ook kunnen bestaan zonder dat iemand de opvatting heeft.

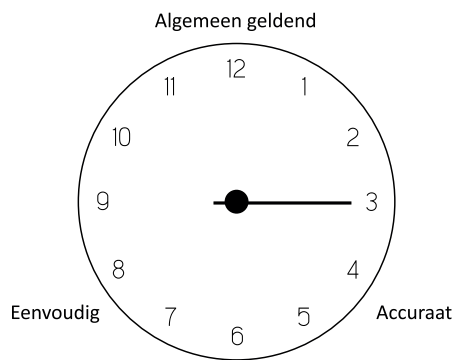
In dit onderzoek is dus gekeken naar de *license to lead* vanuit een procesperspectief waarbij goed bestuur, de rol van de context en institutionele arrangementen zijn geduid. Na het onderzoek naar de praktijk (hoofdstuk 3) is aan deze thema's nadere inkleuring gegeven (hoofdstuk 4).

## 2.4 Mate van bewijskracht

Modellen zijn te zien als een vereenvoudigde weergave van de werkelijkheid, zo ook het perspectief van de *license to lead* of de manier waarop draagvlak wordt geduid. Daarom zal de omschrijving van hoe zorgbestuurders bouwen aan hun *license to lead* niet uitputtend zijn en zal het niet in alle gevallen op een dergelijke manier werken. Dit is inherent aan modellen en theorieën, waarin immers getracht wordt de werkelijkheid voor het

menselijk brein behapbaar (en daarmee beïnvloedbaar) te maken. Door verschillende factoren inzichtelijk te maken, kan meer grip op een fenomeen verkregen worden. In de reflectie wordt stilgestaan bij de beperkingen.

De klok van Weick (1979, p. 36) maakt duidelijk dat onderzoek algemeen geldend, accuraat of eenvoudig kan zijn en dat daartussen gradaties bestaan. Ten aanzien van de data: de enquête en het literatuuronderzoek geven meer algemene inzichten. De interviews en focusgroep geven een accuraat beeld van het onderzoeksthema dat niet te generaliseren is. Door dit te verbinden aan literatuur en aan de enquête zijn er in sommige gevallen meer algemene conclusies te trekken. Dit onderzoek positioneert zich op de klok van Weick tussen *algemeen geldend* en *accuraat*, waarbij de wijzer neigt richting *accuraat*, omdat ook literatuuronderzoek en de resultaten van de enquête worden geïnterpreteerd met behulp van de data verkregen uit de bijeenkomsten met de focusgroep en de interviews. Dit vertaalt zich in het volgende beeld.



**Figuur 8:** de klok van Weick, naar Weick, 1979, p. 36.

Er is in deze dissertatie onderscheiden of het gaat om specifieke uitspraken, die (nog) niet te generaliseren zijn op basis van dit onderzoek, of dat het gaat om uitspraken die verder onderbouwd zijn op basis van de enquête of op basis van de literatuur. Het is niet altijd mogelijk de onderzoeksresultaten 'bij elkaar op te tellen', het gaat om verschillende benaderingen. De verschillende onderzoeksmethoden gecombineerd met inzichten uit de literatuur zorgen voor data triangulatie.

Er zijn verschillende niveaus van bewijskracht te onderscheiden. Ten Have (2011, p. 81) maakt op basis van de *Levels of Evidence* van het *Oxford Centre for Evidence-based Medicine* en de indeling van Campbell in Shadish, Cook en Campbell (2002), de volgende hiërarchische indeling:

Level	Onderzoeksdesign	Conclusie
A1	Systematische review van tenminste level A3 studies	Het is aangetoond dat...
A2	Gerandomiseerd en gecontroleerd onderzoek (RTC)	
A3	Gecontroleerd onderzoek zonder randomisatie	
B1	Systematische review van tenminste level B3 studies	Het is aannemelijk dat...
B2	Cohort onderzoek	
B3	Case Control onderzoek	
C1	Systematische review van tenminste level C3 studies	Er zijn aanwijzingen dat...
C2	Niet-vergelijkend onderzoek met pretest, vergelijkend onderzoek zonder randomisatie en zonder pretest	
C3	Niet-vergelijkend onderzoek pretest, cross-sectioneel onderzoek en case-studies	
D	Mening van deskundigen	Deskundigen zijn van mening dat...

**Figuur 9:** hiërarchie van bewijskracht, naar Ten Have, 2011, p. 81, gebaseerd op Levels of Evidence van het Oxford Centre for Evidence-based Medicine en de indeling van Campbell in Shadish, Cook en Campbell (2002).

In dit onderzoek gelden verschillende niveaus van bewijskracht. Het politieke debat en de interviews hebben de bewijskracht van niveau D: meningen van deskundigen. Gezien het aantal geïnterviewde zorgbestuurders kan op basis van hun verhaal niet zonder meer worden geabstraheerd. Het aantal maal dat een thema genoemd is in de interviews is niet vermeld en ook niet relevant, aangezien op basis van de interviews geen uitspraken kunnen worden gedaan die representatief zijn voor alle zorgbestuurders.

De focusgroep heeft de bewijskracht van niveau C3, omdat het een cross-sectionale steekproef betreft, zonder vergelijkend onderzoek en zonder pretest.

De enquête kan worden aangeduid als een niveau C2 onderzoek, omdat er geen gerichte interventie is geweest en er geen testgroep is benoemd.

Voor het literatuuronderzoek kan het gaan om verschillende niveaus van bewijs. Aangezien de niveaus van bewijskracht in figuur 9 gebaseerd zijn op medisch onderzoek en het meeste onderzoek rond bestuurders niet op eenzelfde manier wordt verricht als medisch onderzoek, zijn er in dit onderzoek geen verwijzingen naar niveau A onderzoek. Wel zijn er verwijzingen naar niveau B en C onderzoek. Ook zijn er verwijzingen naar literatuur waarbij een hoogleraar op basis van zijn eigen ervaringen uitspraken doet. Dit kan worden aangeduid als niveau D bewijs (alhoewel hier wellicht ook niveau B of C bewijs aan ten grondslag kan liggen).

Omdat de *license to lead* geen objectief fenomeen is, is het perspectief van de zorgbestuurders een belangrijk perspectief. Daarbij doet zich het risico voor dat zorgbestuur-

ders niet alleen omschrijven hoe de praktijk eruitziet, maar dat ze de ideale situatie beschrijven. Hun beleving kan ook anders zijn dan de beleving van anderen. In de focusgroep kan een dynamiek ontstaan waardoor ervoor gekozen wordt een bepaald verhaal te vertellen. Door data triangulatie, waaronder vergelijkingen met wetenschappelijke bronnen, worden deze beperkingen deels ondervangen. De interviews en focusgroep geven bovendien inzicht in de manier waarop zorgbestuurders hun verhaal vertellen, wat bijvoorbeeld wordt geanalyseerd in paragraaf 4.4.3. Wanneer eigen observaties worden gedaan op basis van de data, wordt uitgegaan van niveau C bewijs. Er zou ook nog over niveau D bewijs kunnen worden gesproken wanneer bijvoorbeeld de observatie alleen gebaseerd is op de interviews. Echter, in de focusgroep zijn de uitspraken die hier worden gedaan, gevalideerd, waardoor het minstens om niveau C bewijskracht gaat.

Dit onderzoek heeft dus bewijskracht niveau C, er zijn aanwijzingen dat..., met soms een uitstapje naar niveau B, het is aannemelijk dat...









### **3** Praktijk observaties



### 3.1 Inleiding

In dit hoofdstuk wordt de eerste onderzoeksvraag beantwoord, namelijk hoe zorgbestuurders op basis van de voor dit onderzoek verzamelde empirische data en ander onderzoek naar zorgbestuurders in de praktijk aan hun *license to lead* bouwen. Omdat de verschillende niveaus waarop de *license to lead* wordt gevormd (individuele zorgbestuurders, raden van bestuur en zorgbestuurders als collectief) op elkaar inwerken, wordt hier gekozen voor een thematische bespreking. De thema's zijn ingericht langs de loopbaan van zorgbestuurders: de vakontwikkeling<sup>25</sup> (paragraaf 3.2) en professionalisering (paragraaf 3.3), het moment van werven (paragraaf 3.4) en het dagelijks werk waarbij machtsdeling (paragraaf 3.5), omgaan met veranderen (paragraaf 3.6), schaalvergroting (paragraaf 3.7) en de manier waarop zorgbestuurders hun handelen rechtvaardigen (paragraaf 3.8) een rol spelen.

### 3.2 Vakontwikkeling

Om te begrijpen hoe het vak van zorgbestuurders zich ontwikkelt, eerst een korte introductie van de ontwikkeling van het denken over wat goed bestuur is.

Het denken over goede bestuurders ontwikkelt zich al in de klassieke oudheid met denkers als Aristoteles, Plato en Caesar. Zij richten zich op het denken over het openbaar bestuur. Ze bedachten begrippen die nog steeds gebruikt worden zoals democratie. Het archontaat (bestuurderschap) werd in een bepaalde periode verloot onder de twee hoogste vermogensklassen. In de middeleeuwen lag (in de westerse wereld) de macht in handen van het openbaar bestuur en van het kerkelijk bestuur. Grondbezit was lang de basis voor macht. 'Il principe' van Machiavelli over de bekende (Italiaanse) Medici familie werd in 1532 gepubliceerd. Hierin wordt het politieke spel en het behouden van macht besproken.

Het eerste particuliere bedrijf met aandeelhouders is de Verenigde Oost-Indische Compagnie. Met de industriële revolutie ontstonden bedrijven met bestuurders die vergelijkbaar zijn met de hedendaagse ceo's en cfo's. Met de opkomst van bestuurders in de private sector, ontstonden ook opvattingen over goed bestuur. In de Verenigde Staten kwam vanaf 1890 een reeks wetten tot stand om organisaties ervan bewust te maken dat ze niet alleen een taak hadden naar hun aandeelhouders, maar ook naar de gemeenschap (Evans e.a., 2013). Dit bracht mensen zoals Owen en Rockefeller, die geen behoefte had aan staatsbemoeienis in zijn bedrijf, ertoe het doel te expliciteren om de

---

25 Met vakontwikkeling wordt hier bedoeld het collectief verder ontwikkelen en invulling geven aan wat het vak van zorgbestuurder inhoudt en met professionalisering wordt bedoeld de persoonlijke professionalisering van de individuele bestuurders.

gezondheid en het geluk van zijn medewerkers te bevorderen (Luthans en Hodgetts, 1972, in Evans e.a., 2013 p. 11). Vanaf 1945 ontstonden opleidingen voor bestuurders in het bedrijfsleven (Hollenbeck, 1991).

De gezondheidszorg was in de westerse wereld lang in handen van de kerk (Meurs, 1997). In het begin van de negentiende eeuw kreeg het ministerie van Binnenlandse Zaken de verantwoordelijkheid over volksgezondheid en armenzorg. In 1865 is met de Wet op de Uitoefening der Geneeskunde het artseneroep geprofessionaliseerd en gereguleerd. In 1941 stelde de Duitse bezetter in Nederland een verplichte ziektekostenverzekering in voor mensen onder een bepaalde inkomensgrens. Langs de lijnen van de verzuijing vond na de Tweede Wereldoorlog zelfregulering plaats door sociale verzekeringen. Toen na 1965 de ontzuiling inzette, ging ook de natuurlijke binding met de eigen zuil verloren, waardoor de zelfgeorganiseerde solidariteit minder vanzelfsprekend werd. In een reeks regels en wetten trok de overheid de gezondheidszorg naar zich toe. Er volgde een periode waarin een sterk geloof heerste in de bestuurbaarheid en beheersbaarheid van de gezondheidszorg. De afnemende betaalbaarheid van de gezondheidszorg en het striktere sociaaleconomische beleid van de regering leidden ertoe dat in de jaren tachtig kostenbeheersing de centrale doelstelling van het beleid werd. In 1987 introduceerde de Commissie Dekker de gereguleerde marktwerking die vraaggestuurd moest zijn (gericht op de behoeften en wensen van de cliënt/patiënt) en moest leiden tot zorgvernieuwing (Van der Grinten en Kasdorp, 1999).

Hiermee ging gepaard de opkomst van het management (en in de jaren negentig bestuurders) in de zorg. Hoewel de taken van management (zoals planning en coördinatie) al bestonden, was de term 'management' in de zorg nieuw. Voorheen was directeur-zijn in de gezondheidszorg een parttime bezigheid en werd de (vaak medisch opgeleide) directeur gezien als een *primus inter pares* ('eerste onder gelijken', dus een medicus met management taken). Door de toenemende complexiteit en de toenemende administratieve verplichtingen van en in de zorg is het werk van managers in de jaren tachtig van nevenactiviteit uitgegroeid tot zelfstandige functie (zie onder andere Noordegraaf en Van der Meulen, 2008 en Hout e.a, 2007). Er ontstonden tal van opleidingen en trainingen om het management te professionaliseren (zie onder andere Noordegraaf en Van der Meulen, 2008 en Van der Scheer, 2008). Zo schreef de grondlegger van opleidingen voor gezondheidsmanagement, Stolte, in 1983 zijn eerste tekstboek (zie ook Van der Meulen, 2009).

Met de toenemende schaalgrootte van organisaties in de gezondheidszorg (zie paragraaf 3.7), toenemende wet- en regelgeving (zie bijlage 2) en de invoering van kwaliteitssystemen is de aansturing ingewikkelder geworden (o.a. Speet e.a., 2002).

De afgelopen decennia is het aantal opleidingen voor zorgbestuurders dan ook toegenomen (Noordegraaf, 2008). Onderwijs kan vanuit de universiteit, het bedrijfsleven of door onafhankelijke adviseurs worden gegeven met ieder zijn eigen voor- en nadelen (zie o.a. Fulmer, 1997). Een aantal universiteiten heeft opleidingen ontwikkeld specifiek voor zorgbestuurders. Zo is er het Erasmus Centrum voor Zorgbestuur, Tias TRANZO (Wetenschappelijk centrum voor zorg en welzijn) en biedt Nyenrode opleidingen voor zorgmanagers/-bestuur. Naast universiteiten zijn er private opleidingsinstituten zoals Avicenna waar zorgbestuurders opleidingen kunnen volgen.

Er zijn grote verschillen tussen opleidingen. Noordegraaf (2008, p. 1067): *“Different educational programmes really are different, not just in terms of how they are organized, what themes and courses they offer, and the kinds of qualifications they offer, but also in terms of their educational and ideological profiles. These profiles grow out of the interweaving of personal, financial, educational and ideological considerations, carried by educational institutions, professional associations, and other parties. Behind the façade of occupational homogeneity, there is educational heterogeneity, reflecting ideological struggles over the nature and future of health care.”* In het begin van het vorige hoofdstuk is duidelijk gemaakt dat er verschillende opvattingen zijn over wat een bestuurder een goede bestuurder maakt en of dit universeel is of situationeel. Verschillende theorieën liggen ook ten grondslag aan verschillende opvattingen over hoe zorgbestuurders zich zouden moeten opleiden en trainen (zie ook 3.4.1).

De vorming van de ‘beroepsgroep’ van zorgbestuurders heeft dus in de afgelopen decennia plaatsgevonden. De vorming van de beroepsgroep is gereflecteerd in de vorming van de beroepsvereniging, de NVZD, opgericht in 1979. De vereniging was in eerste instantie bedoeld voor ziekenhuisbestuurders. Oorspronkelijk werd de tweedeling tussen de klassieke geneesheer-directeuren en bedrijfskundige bestuurders (economisch-directeur) gehanteerd. In 1996 is de vereniging verbreed tot de vereniging van zorgbestuurders (zie Van der Meulen, 2009, voor een uitgebreide omschrijving van deze ontwikkelingen). In 2017 is de aparte vereniging van bestuurders met een geneeskundige achtergrond opgeheven. De zorgbestuurders zelf zijn in hun beroepsvereniging dus steeds meer geworden tot één groep. Zorgbestuurders gedragen zich, zo blijkt uit voorgaande en volgt uit de focusgroep en interviews die in het kader van dit onderzoek zijn gehouden, als een beroepsgroep in wording. De ontwikkeling van het accreditatiesysteem is hier een voorbeeld van.

In de accreditatie wordt een aantal ‘standaarden’ voor het werk van de zorgbestuurder geformuleerd. Zo wordt verlangd dat de zorgbestuurder aantoonbaar een hbo/wo werk- en denkniveau heeft. De zorgbestuurder wordt verplicht om deel te nemen aan



een intervisiegroep. Daarnaast zijn expertisegebieden geformuleerd (Handboek accreditatie 2018, p. 29):

1. Leiderschap
2. Resultaatgericht sturen
3. Verbindend samenwerken
4. Maatschappelijke bijdragen
5. Continu ontwikkelen

De omschrijving van expertisegebieden in het Handboek accreditatie (2018) is niet louter een beschrijving van de kennis die nodig is om te besturen, maar beschrijft ook elementen van de leiderschapsstijl (zoals inspirerend en motiverend) die van de bestuurder verwacht mogen worden. Deze expertisegebieden zijn specifiek toegespitst op zorgbestuurders, waarin de specifieke context van zorgbesturen centraal wordt gezet.

Zorgbestuurders en voornamelijk de NVZD werken steeds actiever aan vakontwikkeling en professionalisering van zorgbestuur blijkt uit de beleidsstukken met betrekking tot het accreditatietraject, de enquête (zie bijlage 5) en het interview met de directeur van de NVZD. Zorgbestuurders zetten vakontwikkeling bewust in als een manier om hun *license to lead* als groep te vergroten. Dat ze zich steeds meer een (beroeps)groep voelen, lijkt mede te komen door de negatieve uitlatingen in media en politiek over zorgbestuurders. Er lijkt steeds meer een eenduidig beeld te komen over welke kennis en ervaring nodig is om zorgbestuurder te zijn. Dit is geïnstitutionaliseerd in het accreditatietraject en vastgelegd in de Governancecode zorg, 2017 (zie paragraaf 4.2.4). De kritiek op zorgbestuurders heeft in die zin geleid tot bewuste acties die de *license to lead* zouden moeten vergroten en heeft daarmee een positieve bijdrage geleverd aan de normstelling voor kwaliteit van zorgbestuurders.

Kortom, vakontwikkeling wordt door de NVZD bewust ingezet als instrument om de *license to lead* van zorgbestuurders te vergroten. Het effect hiervan wordt in hoofdstuk 5 besproken. De doorwerking hiervan voor individuele zorgbestuurders wordt in de volgende paragraaf besproken.

### 3.3 Professionalisering

Er is geen unieke opleiding om zorgbestuurder te worden. Wat dit betekent voor de *license to lead* van zorgbestuurders op collectief niveau wordt in paragraaf 5.2 besproken. Individuele zorgbestuurders hebben dan ook diverse opleidingen gevolgd. In deze paragraaf wordt inzicht geboden in de professionaliseringspaden van individuele zorgbestuurders. In paragraaf 5.2 wordt ook voor de individuele zorgbestuurders besproken hoe dit hun *license to lead* beïnvloedt en wordt ook de wisselwerking tussen deze



niveaus besproken. Bij de enquête die wij in 2015 hebben gehouden onder zorgbestuurders, heeft 82% van de respondenten een voltijds universitaire opleiding gevolgd. 13% van de respondenten heeft een hbo- én een universitaire opleiding gevolgd. 42% van de respondenten heeft een zorgspecifieke opleiding gevolgd als bijvoorbeeld arts, verpleegkundige of psycholoog. 35% heeft een bedrijfskundige opleiding gevolgd en 45% een andere opleiding (meerdere antwoorden waren mogelijk, uit Bijloos e.a., 2017, p. 17).

Het komt voor dat zorgbestuurders vanuit de eigen organisatie komen. Van de respondenten van de enquête 2015 heeft 9% managementervaring opgedaan in de instelling waar ze als zorgbestuurder werken. Ten opzichte van eerdere jaren is het percentage gedaald (Bijloos e.a., 2017, p. 22). Om door te groeien in de organisatie zijn bepaalde stappen vereist. Een geïnterviewde bestuurder: *“Een soort management development traject. Dat is er wel eens geweest. Maar dat was nog voordat ik daar manager werd. Dat is toen ook weer een stille dood gestorven.”*

Opleiden van *high potentials* staat in het algemeen niet expliciet op de agenda van veel instellingen. Bijloos e.a., 2017, p. 24: *“Slechts een klein deel van de bestuurders geeft aan dat er binnen de organisatie actief gescout wordt op aanwezig bestuurlijk talent. In 5% van de organisaties wordt binnen de Raad van Bestuur en de Raad van Toezicht besproken welke high potentials binnen de organisatie kunnen doorgroeien naar een eventuele bestuursfunctie. Slechts enkele organisaties (1%) beschikken over een intern managementontwikkelingsprogramma dat onder meer tot doel heeft interne doorstroming tot in de Raad van Bestuur te bevorderen. Grote organisaties hebben meer oog voor talentontwikkeling dan kleine organisaties. In 10% van de grote organisaties (bedrijfsopbrengst hoger dan 125 miljoen euro) wordt besproken wie binnen de organisatie kan doorgroeien, versus 1% van de kleine organisaties (bedrijfsopbrengst lager dan 50 miljoen euro).”* Er wordt dus niet bewust gestuurd door zorgorganisaties op het ontwikkelen van bestuurlijke competenties.

De respondenten van de enquête begonnen gemiddeld 25 jaar geleden aan hun eerste managementfunctie en hebben in die jaren 5 à 6 verschillende managementfuncties bekleed, waarvan 3 à 4 in de gezondheidszorg (Bijloos e.a., 2017, p. 20-22). Hoewel zorgbestuurders over het algemeen ruime managementervaring meenemen voordat ze zorgbestuurder worden, is dit geen vereiste om zorgbestuurder te worden. Er is, zo blijkt uit de enquête 2015, grote diversiteit qua scholingsachtergrond en qua ervaring. Er waren ook respondenten die maar 1 managementfunctie hadden uitgevoerd en als maximum werden 30 managementfuncties genoemd, waarvan als maximum 11 bestuurdersfuncties en 25 functies binnen de zorg.

In 2015 gaf 88% van de respondenten aan dat zij in de afgelopen tien jaar één of meer postacademische opleidingen hadden gevolgd. Het merendeel van deze opleidingen is gericht op de zorg (97%). Ook heeft nog eens 60% een ander soort opleiding gedaan, zoals een bedrijfskundige opleiding. Dit is in lijn met de uitkomsten van eerdere jaren (de enquêtes die gehouden zijn in 2000, 2005 en 2010, zie ook Bijloos e.a., 2017, p. 18). Naast zorgspecifieke opleidingen worden door zorgbestuurders allerlei soorten opleidingen gevolgd. In bijlage 5 zijn alle antwoorden uit de enquête 2015 weergegeven.

Uit de enquête blijkt dus dat zorgbestuurders diverse opleidingen volgen om zich te bekwamen. In de interviews kwam er niet een eenduidig beeld naar voren van de waarde die door de geïnterviewde bestuurders aan het volgen van opleidingen wordt gehecht. In de interviews geven bestuurders aan dat het nuttig is om te reflecteren op de eigen rol en positie en de *scope* te verbreden. Aan de andere kant zijn niet alle geïnterviewde zorgbestuurders overtuigd van het nut en de noodzaak van opleidingen om de ‘technische bekwaamheid’ te bevorderen.

Naast deze manieren van formeel leren wordt er door bestuurders ook informeel geleerd door bijvoorbeeld het bijhouden van vakliteratuur, het deelnemen aan een intervisiegroep en het hebben van een persoonlijke coach, zie onderstaande figuur.

	2005	2010	2015
<b>Vakliteratuur</b>	95%	93%	86%
<b>Congressen/symposia</b>	89%	85%	83%
<b>Intervisie/directiewerkgroepen</b>	73%	71%	79%
<b>Persoonlijke coach</b>	32%	46%	56%
<b>Anders</b>	20%	10%	26%
<b>Werkgroep/commissie NVZD</b>	3%	4%	9%

**Figuur 10:** professionele ontwikkeling op andere manieren dan door opleiding naar Bijloos e.a., 2017, p. 19 (percentage, meerdere antwoorden mogelijk).

Uit de enquête 2015 onder zorgbestuurders blijkt dat 79% van de respondenten aan intervisie doet.<sup>26</sup> Zorgbestuurders zien ongeorganiseerde contacten met collega's daarnaast als een belangrijke manier van kennisdeling (91%, meerdere antwoorden

26 NVZD omschrijft intervisie in de intervisieflyer [2018] voor leden als volgt: "Intervisie is een bijeenkomst van een groep bestuurders, waarin vragen over het eigen functioneren centraal staan. De bijeenkomsten hebben tot doel om de beroepsdeskundigheid op het juiste peil te houden en/of het functioneren te verbeteren. Tijdens deze bijeenkomsten kunnen bestuurders vragen aan elkaar stellen, elkaar confronteren, aanvullen, adviseren en ondersteunen. Zo is intervisie een manier om van collega-bestuurders te leren aan de hand van concrete situaties die voorkomen of voorgekomen zijn."

mogelijk). In de interviews worden de contacten met collega-bestuurders genoemd als een leerschool. De geïnterviewde zorgbestuurders nemen de goede voorbeelden mee en bedenken bij slechte voorbeelden hoe ze het anders willen doen. Soms blijft een bestuurder die ze kennen uit het verleden nog een coachende rol vervullen of een rol als sparringspartner. Ook nevenfuncties worden als onderdeel van de professionalisering gezien. Meer dan de helft van de respondenten van de enquête in 2015 is actief als toezichthouder: 33% heeft zitting in een raad van toezicht, 18% in meerdere raden van toezicht. Er is wel een afname ten opzichte van eerdere jaren. Naast toezichthoudende functies zijn zorgbestuurders ook actief in het bestuur van de branche- en beroepsorganisatie (ongeveer een kwart van de respondenten bij de enquête in 2015).

Door hun carrièrepad zijn de zorgbestuurders al in het 'netwerk' van bestuurders gekomen. De ervaring die zorgbestuurders meebrengen, maakt dat ze het 'speelveld' kennen. Zo zegt een geïnterviewde bestuurder dat hij door zijn ervaring als manager een netwerk had en de *mores* van een ziekenhuis kende, namelijk hoe te werken met specialistisch opgeleide medici en in een grootstedelijke omgeving. Een geïnterviewde bestuurder zegt hierover: *"Het is natuurlijk wel heel fijn dat je een beetje weet hoe het werkt met zorgverzekeraars. En dat je weet van de samenwerking met andere zorgaanbieders, hoe dat soort dingen gaan. En dat weet te beïnvloeden."*

Bestuurders beginnen niet als bestuurder-in-opleiding of bestuurder-stagiair, maar zijn direct eindverantwoordelijk. Aangezien meer dan de helft van de huidige groep bestuurders (56%, zie Bijloos e.a., 2017, p. 22) een eerste bestuurlijke functie in de zorg heeft, is de vraag hoe ze aan hun bekwaamheid werken. Geconcludeerd zou dus kunnen worden dat bekwaamheid wordt ontwikkeld door de ervaring die bestuurders meebrengen. Door hun achtergrond brengen bestuurders ook een bepaalde 'zwaarte' mee. De geïnterviewde zorgbestuurders ervoeren hun eerste functie echter als 'een sprong in het diepe'. Reflecterend op hun eerste bestuurlijke functie geven ze aan dat ze in de tussentijd zijn gegroeid en daarom zaken nu anders hadden aangepakt. Het gaat dan bijvoorbeeld om de manier waarop relaties worden gevormd en gestuurd. Maar ook dat besturen vraagt om zaken los te laten, terwijl ze zich als manager meer bezighielden met inhoudelijke en managementprocessen. Het afwegen van belangen van belanghebbenden speelt volgens hen ook een grotere rol dan voor een manager. Als bestuurder ervaar je zichtbaarder de impact van je handelen, ook voor bijvoorbeeld organisaties met wie je samenwerkt. De balans tussen intern en extern bezig zijn is anders. Vanwege deze verschillen ten opzichte van de rol van manager is het de vraag of hun ervaring als manager hen goed voorbereidt op hun werk als bestuurder.

Zeker wanneer een bestuur eenhoofdig is, heeft de bestuurder in de organisatie een eenzame positie. Van de respondenten van de enquête is 44% eenhoofdig (Bijloos e.a., 2017, p. 28). In het accreditatietraject wordt getoetst op reflectief vermogen. Ook in de interviews wordt dit genoemd als een belangrijke eigenschap. Het gaat dan om zelfreflectie, het ophalen van feedback bij anderen en het kritisch reflecteren op (het werk van) anderen. Het is lastig om feedback te krijgen op het functioneren voor zorgbestuurders gezien hun positie. Daarom is de rol van medebestuurders en raad van toezicht van belang. Volgens de respondenten van de enquête geldt overigens dat naast collega's binnen de organisatie (dit geldt natuurlijk alleen voor meerhoofdige besturen) met name het management team als belangrijke feedbackgever wordt gezien. Collega-bestuurders van andere instellingen veel minder (Bijloos e.a., 2017, p. 28).

De afgelopen tien jaar is betrokkenheid bij de zorg een steeds relevanter aspect van het werk van zorgbestuurders geworden, zo blijkt uit de enquête en de interviews. Dit is ook te verklaren door verandering in wet- en regelgeving, waardoor zorgbestuurders verantwoordelijk zijn geworden voor de kwaliteit van zorg. Op de vraag waarop ze afgerekend wensen te worden, antwoordden veruit de meeste respondenten van de enquête, 84% in 2015, de kwaliteit van de zorgverlening (Bijloos e.a., 2017, p. 39). Het merendeel van de respondenten heeft hun ervaring in de zorg opgedaan: in 2015 had 83% van de respondenten hun vorige functie in de zorg en 58% hun eerste functie (zie Bijloos e.a., 2017 en bijlage 5). Zorgbestuurders besteden meer tijd aan de zorginhoud dan een aantal jaren geleden: in 2005 gaven de respondenten nog aan 37% van hun tijd aan de zorginhoud te besteden, in 2015 44% (Bijloos e.a., 2017, p. 33). De antwoordkeuze bestond uit de keuze tussen beheersmatige of zorginhoudelijke taken. Zorginhoudelijke taken werden gedefinieerd als zaken die het primaire proces betreffen zoals cliënten-/patiëntenraad, klachtencommissie, infectiecommissies en beheersmatige zaken als zaken zoals personeelsmanagement, financiën, huisvesting (zie bijlage 5).

De geïnterviewde zorgbestuurders noemen ook dit toenemend belang van de affiniteit met het zorgproces. Een zorgbestuurder noemt het voorbeeld van een gehandicapten-zorgbestuurder die liever geen gehandicapten in het bestuursgebouw had, omdat dit niet professioneel overkwam. Een geïnterviewde *searcher* beschrijft een soortgelijke situatie die uiteindelijk tot het vertrek van de bestuurder leidde: *"We werden uitgenodigd door een ouderenzorg-organisatie en daar hadden ze iemand in de raad van bestuur genomen en die wist alles van financiering en vastgoedconstructies, maar die man die vond oude mensen eng. Dus: die kwam nooit op één van de locaties. Na een half jaar zeiden ze tegen ons: "Kunnen jullie nou niet iemand vinden die ook nog iets heeft met die ouderen..." Die man moest dus weer weg. Het is heel belangrijk om dat te toetsen: "Kun je je iets bij*

*het primair proces voorstellen?"* De geïnterviewde zorgbestuurders zien zichzelf ook als 'zorgspecialist', omdat ze hun ervaring vaak hebben opgedaan in de zorg.

Hiervoor (paragraaf 3.2) is toegelicht hoe het denken over besturen zich de afgelopen eeuwen heeft ontwikkeld. Vervolgens is de situatie van de Nederlandse zorgbestuurder belicht. Uit voorgaande blijkt dat bestuurders individueel en collectief veel (en collectief steeds meer) aandacht hebben voor professionalisering en vakontwikkeling. Daarbij is wel relevant dat er noch een breed gedragen eenduidige opvatting is over wat een goede zorgbestuurder is noch over welk professionaliseringspad je het beste kunt volgen om die te worden. Uit de ontwikkeling van de NVZD (vorige paragraaf) en de resultaten van de enquête door de jaren heen blijkt dat er een zoektocht is geweest of zorgbestuurders *primus inter pares* (eerste onder gelijken, dus medisch opgeleid) moesten zijn of juist bedrijfskundigen of een mix van beiden. Ook opvattingen over een goede leiderschapsstijl zijn veranderd (zie paragraaf 4.4.1). Hier liggen verschillende opvattingen aan ten grondslag over wat een zorgbestuurder zijn legitimiteit geeft. Uit de enquête valt een 'gemiddeld carrièrepad' te destilleren waaruit een specifiek professionaliseringspad blijkt. Zorgbestuurders zijn namelijk vaak afkomstig uit de zorg, maar dikwijls hebben ze na hun basisopleiding ook vervolgopleidingen gedaan gericht op het managen van een zorgorganisatie. Managementopleidingen verschillen in inhoud. Voor zorgbestuurders staat ervaring centraal. Daarnaast is reflectie van belang, zeker aangezien het ophalen van feedback lastig is. De normstelling voor professioneel bestuur is van invloed op de persoonlijke legitimiteit van zorgbestuurders als collectief en van individuele zorgbestuurders.

### 3.4 Werving

Op een bepaald moment krijgt een bestuurder een eerste bestuurlijke functie. Het aanstellen van een zorgbestuurder is een moment waarop de bestuurder draagvlak kan verkrijgen, maar de zorgbestuurder is daarbij sterk afhankelijk van de procedure die gevolgd wordt. Zorgbestuurders hebben op collectief niveau als het gaat om bouwen aan de *license to lead* belang bij openbare werving op basis van een profiel, dit kan zowel de legitimiteit van de persoon van zorgbestuurder als van het proces en de uitkomst positief beïnvloeden. Hoe het wervingsproces in de praktijk werkt, wordt in deze paragraaf beschreven.

In het boek *'Een zorgbestuurder benoemen: een gewaagde beslissing'* van Derks en Grit (2015) is aan de hand van drie *casestudies* het proces van werving van bestuurders beschreven. Ook zijn voor dat onderzoek tien verkennende interviews met zorgbestuurders, voorzitters van raden van toezicht en executive *searchers* gevoerd. Het onderzoek van Derks en Grit is het enige (bij ons bekende) onderzoek over besluitvorming bij benoeming van bestuurders in de Nederlandse gezondheidszorg. Een reden hiervoor kan zijn dat het gaat om een proces met een grote mate van vertrouwelijkheid: er worden

kandidaten afgewezen die bijvoorbeeld bestuurder zijn van een andere instelling en dus niet willen dat bekend wordt dat ze hebben gesolliciteerd, de interne discussies rond de koers van de organisatie kan het draagvlak voor de uiteindelijke bestuurder schaden als deze breder bekend wordt en de kritiek op de vertrekkende bestuurder die leidt tot wijzigingen in het profiel kan schadelijk zijn voor de vertrekkende bestuurder wanneer deze openbaar wordt (Derks en Grit, 2015).

Het door Derks en Grit (2015) beschreven proces in combinatie met het voor deze dissertatie uitgevoerde eigen onderzoek en voornamelijk de gevoerde interviews met bestuurders en *searchers* levert het volgende beeld op over hoe een benoemingsproces er meestal uit ziet. Dit geldt voor stichtingen, bij andere rechtsvormen is de raad van toezicht niet eindverantwoordelijk. Bovendien wordt niet gezegd dat dit proces ook altijd zo loopt, immers, er zijn weinig formele verplichtingen.

De raad van toezicht benoemt een selectiecommissie uit haar midden. Deze stelt (al dan niet met behulp van een *searcher*) een profielschets op. Deze bevat drie elementen:

<b>Het algemene deel</b> - de organisatorische component	<b>De organisatie</b> - <i>Algemeen</i> : informatie over de organisatie, ontstaan organisatie, omvang, omzet werkgebied, opbouw - <i>Samenwerking</i> : samenwerking- en ketenzorgpartners - <i>Missie</i> : missie, visie en strategische koers - <i>Trends</i> : actuele trends in de zorg van belang voor de functie
<b>Functiebeschrijving</b> - de werkcomponent	<b>Functieprofiel</b> - <i>Besturingsmodel</i> - <i>Taken en verantwoordelijkheden</i> - <i>Samenstelling raad van bestuur</i> - <i>Organisatiestructuur</i> - <i>Taakomschrijving</i>
<b>Competenties en eigenschappen</b> - de biografische component - de mentale component	<b>Profiel ideale kandidaat</b> - <i>Vereiste competenties</i> : ervaring, achtergrond, opleidingsniveau, affiniteit met type organisatie, kennis, kunde - <i>Eigenschappen</i> : visie, leiderschapstijl, affiniteit en type persoon

**Figuur 11:** overzicht van opbouw van het profiel voor de werving van een zorgbestuurder, naar Derks en Grit, 2015, p 72. Gebaseerd op Van der Scheer, 2007.

Dit profiel wordt of aan de hand van een aantal interviews met de belangrijkste belanghebbenden opgesteld of getoetst bij deze belanghebbenden. Het gaat dan in ieder geval om de raad van toezicht, (indien deze er is/zijn) medebestuurder(s), medische staf, management team, ondernemingsraad en cliëntenraad. Soms wordt ook een belangrijke externe partij betrokken, zoals een beoogd fusiepartner. Vervolgens wordt het profiel vertaald in een wervingstekst die openbaar wordt gemaakt (dit kan zijn door plaatsing op de website van de instelling en/of *searcher*) en wordt parallel geworven

in het eigen netwerk. Dit kan zowel het netwerk van de raad van toezicht als van de *searcher* zijn. *Searchers* splitsen dit laatste op in het zoeken in hun eigen databank en het benaderen van hun netwerk om via hen een geschikte kandidaat te zoeken die niet in hun databank staat. Ook zoeken zij eventueel online (via LinkedIn) naar geschikte kandidaten. Vervolgens komt er een *long list*. *Searchers* spreken de kandidaten die ze nog niet zo goed kennen en stellen mede op basis van deze gesprekken een *short list* op. Deze wordt aan de raad van toezicht gepresenteerd. Zonder *searcher* kan bijvoorbeeld een bestuurssecretaris worden gevraagd de kandidaten te toetsen aan de criteria om tot een lijst te komen. Van de *short list* bepaalt de raad van toezicht wie er op gesprek mogen komen. Soms worden verschillende kandidaten ook langs de belangrijkste belanghebbenden geleid. Uit de interviews bleek dat het dan vaak om één of twee kandidaten gaat, dus er is dan al een voorselectie gemaakt op de *short list*. Uiteindelijk benoemt de raad van toezicht, waarbij ze de belanghebbenden horen.

In de laatste enquête uit 2015 heb ik vragen toegevoegd over de werving en selectie van zorgbestuurders. Op de vraag 'Hoe bent u in uw huidige functie terechtgekomen?' gaven respondenten de volgende antwoorden.

Wervingsbureaus	47%
Openbare sollicitatieprocedure	39%
Interne doorstroming	13%
Fusie of reorganisatie	9%
Connecties raad van bestuur/toezicht	8%
Andere manieren	4%

**Figuur 12:** manieren waarop zorgbestuurders in hun functie zijn gekomen in percentages (meerdere antwoorden mogelijk).

In totaal komt hier een percentage uit van meer dan 100%, omdat meerdere respondenten meerdere antwoorden hebben aangekruist. Zo is 26% van de bestuurders alleen via openbare sollicitatie geworven, dus zonder voorafgaande connecties of voorselectie. Bij de overige 13% is een openbare sollicitatie gecombineerd met de overige categorieën, zoals doorstroom, connecties en fusie/reorganisatie. 35% van de respondenten is alleen via een wervingsbureau geworven. 8% van de openbare sollicitaties gaat gepaard met een proces bij een wervingsbureau. In Bijloos e.a., 2017, p. 24-25 staat: "*Van de respondenten die via een wervingsbureau geworven zijn, heeft de overgrote meerderheid echter niet aangekruist dat er een openbare sollicitatieprocedure geweest is. Het is mogelijk, maar niet gebruikelijk dat wervingsbureaus een search doen zonder te adverteren.*" In de interviews met *searchers* wordt bevestigd dat *searchers* gewend zijn een vacature openbaar te maken. Het volgende dient echter gerectificeerd te worden: "*Blijkbaar was de respondenten onvoldoende duidelijk wat onder 'openbare procedure' moet worden verstaan.*"

*Beschouwen we werving via een wervingsbureau als een openbare procedure – ongeacht of er geadverteerd is -, dan werd 77% van de respondenten na een openbare procedure in hun huidige functie benoemd. Maar ook wanneer bestuurders via een alternatieve route benoemd werden, kan er tegelijkertijd een openbare procedure geweest zijn. Op basis van dit onderzoek is niet goed een uitspraak te doen over de mate van openbaarheid van de sollicitatieprocedures.” (Bijloos e.a., 2017, p. 23-34). Deze uitspraak klopt in die zin dat het zo kan zijn dat in 100% van de sollicitatieprocedures ook openbaar geworven is. De enquête behandelt niet deze vraag, maar de vraag hoe zorgbestuurders uiteindelijk gevonden worden. Het beeld uit de enquête dat *searchers* vaak, naast een eventuele openbare werving, een eigen bestand hebben waaruit ze kandidaten voordragen, wordt bevestigd in de interviews. Op basis van de interviews is het dus aannemelijk dat het de respondenten wel duidelijk was wat onder openbare procedure wordt verstaan, maar dat het merendeel niet via die weg is geworven.*

Van de genoemde 9% die door fusie of reorganisatie op hun plek zijn gekomen, geldt voor 6% dat ze alleen via deze manier hun functie hebben verworven. Onduidelijk is of er in dit geval wel of niet een sollicitatieprocedure heeft plaatsgevonden. Een geïnterviewde bestuurder (bestuurder A uit de inleiding) had de raad van toezicht niet eens gesproken voordat hij door een fusie in de raad van bestuur belandde. Dit heeft niet bijgedragen aan de samenwerking. Deze manier van doorgroei kan ook voorkomen bij de stappen die zorgbestuurders hebben gezet voordat ze eindverantwoordelijke bestuurder werden. In de tijd dat de huidige generatie zorgbestuurders hun carrière opbouwden, zijn organisaties veel groter geworden (zie paragraaf 3.7). Sommige geïnterviewde zorgbestuurders geven aan te zijn ‘meegegroeid’ met de organisaties: *“Dus ik werd daar bestuurssecretaris. En ik viel toen met mijn neus in de boter in die zin dat in mijn eerste werkweken bekend werd dat die organisatie een fusieproces aan ging met vijf andere organisaties. En ik werd de secretaris van de fusiedirectie.”* Gezien het feit dat de meeste zorgbestuurders een achtergrond hebben in de zorg (Bijloos e.a., 2017, p. 20-22), is het aannemelijk dat dit voor meer zorgbestuurders geldt. 1% heeft bij een fusie ook een openbare sollicitatieprocedure aangevinkt. Bij doorstroom geldt dit voor 3%. In 9% van de 13% heeft alleen doorstroom plaatsgevonden zonder andere wervingsmethode. Deze doorstroom wordt ook niet ‘geformaliseerd’: er wordt weinig gesproken over wie geschikt zou zijn om binnen de organisatie door te groeien (bij 10% van de organisaties met een bedrijfsopbrengst boven de 125 miljoen en bij 1% van de organisaties met een bedrijfsopbrengst onder de 50 miljoen, blijkt uit de enquête 2015, Bijloos e.a., 2017, p. 24). Dit maakt het ook lastig mensen op te leiden binnen de organisatie als bestuurder (zie paragraaf 3.3). Uit de enquête blijkt dat in 1% van de organisaties een *intern management development* programma aanwezig is met (onder meer) als doel interne doorstroming tot op raad van bestuur niveau. Zolang opvolging niet concreet aan de



orde is, staat dit nauwelijks op de agenda: 17% van de bestuurders die de vraag hebben beantwoord, geeft aan dat opvolging expliciet onderwerp is van het (jaar) gesprek met de raad van toezicht. Wanneer opvolging aan de orde is, worden de zittende bestuurders vaak betrokken bij het opstellen van het profiel (53% van de respondenten in 2015 die verwacht binnen een jaar de organisatie te verlaten) en soms ook bij de aanstelling (7%).

4% van de respondenten is alleen via connecties met de raad van bestuur of raad van toezicht in de raad van bestuur gekomen. Van de 277 respondenten die de vraag hoe ze in hun functie zijn gekomen, hebben ingevuld, was er bij 78 respondenten een connectie met de organisatie (door er al werkzaam te zijn, de raad van toezicht of bestuur te kennen), van wie 15 ook nog een openbare sollicitatieprocedure hebben doorlopen. Er zijn 11 respondenten van de 78 die expliciet de connectie met de raad van toezicht of bestuur als 'ingang' noemen, zonder verder een openbare procedure te hebben doorlopen dan wel via een *searcher* te zijn binnengekomen. Oftewel, van 4% van de benoemingen is onduidelijk of er naast het contact via de persoonlijke connecties een sollicitatieprocedure is gevolgd. Het gaat dus om 4% of minder.

Wanneer de raad van toezicht een kandidaat kent, kan dit draagvlak geven. Er ontstaat al snel een gevoel van vertrouwen wanneer een eerste kennismaking met de voorkeurskandidaat prettig verloopt. Opvallend is dat deze klik bij een aantal geïnterviewde zorgbestuurders is getoetst op informele wijze, bijvoorbeeld door met elkaar uit eten te gaan. Een zorgbestuurder omschrijft een andere methode: gezamenlijk een *assessment* afnemen om te zien waar knelpunten kunnen zitten en waar de bestuursleden elkaar kunnen versterken. Uit de interviews blijkt dat deze persoonlijke legitimiteit van alleen de raad van toezicht en medebestuurder niet altijd leidt tot een goede uitkomst. Door professionalisering van raden van toezicht, een sterkere medezeggenschap en de uitdagingen voor organisaties (zie paragrafen 3.5 en 3.6) is hier een verandering zichtbaar, waarbij meer belang aan het proces van benoeming wordt gehecht. Er wordt niet meer alleen vertrouwd op de goede relatie, maar ook gezocht naar draagvlak binnen de organisatie voor de nieuwe bestuurder.

In het wervingsproces speelt een aantal '*gatekeepers*' een belangrijke rol. In de eerste plaats de raad van toezicht die de bestuurder benoemt. *Searchers* spelen daarnaast een belangrijke informele rol die zich grotendeels in de sfeer van het vertrouwelijke lijkt af te spelen, zowel met betrekking tot het proces van werving als met betrekking tot hun eigen rol als tot de criteria die zij bij de werving hanteren. Daarnaast fungeren ook opleidingsinstituten en de medezeggenschap als *gatekeepers*. Opleidingsinstituten hanteren criteria voor de toelating tot hun opleiding. Uit de enquête blijkt dat die opleidingen bepalend zijn voor het profiel van zorgbestuurders. De medezeggenschap heeft zowel

wettelijk als in de praktijk een stem bij de benoeming die ook doorslaggevend kan zijn. De rol van de *gatekeepers* wordt hierna toegelicht.

### Raad van toezicht

Er lijkt een praktijk bij raden van toezicht van zorginstellingen te bestaan om bestuurders aan te nemen die in de zorg zijn opgeleid (zie paragraaf 3.3). Voor een succesvolle benoeming spelen volgens de geïnterviewde bestuurders en *searchers* de volgende elementen een rol in de relatie met de raad van toezicht, die (afhankelijk van de raad van toezicht) ook bij de werving impliciet of expliciet een rol kunnen spelen:

- De afstand die de raad van toezicht tot de organisatie heeft (of zijn ‘vergroeidheid’ daarmee). Dit is mede bepalend voor hoeveel ruimte de nieuwe bestuurder krijgt.
- De opdracht die de raad van toezicht de bestuurder meegeeft en zijn rolvastheid wanneer de bestuurder zijn eigen invulling aan die opdracht geeft.
- De eenheid binnen de raad van toezicht.
- De mate waarin is gezocht naar complementariteit en continuïteit.
- Voor de *match* met de organisatie speelt volgens de geïnterviewde bestuurders en *searchers* een aantal elementen een rol waar bestuurders zelf invloed op kunnen uitoefenen, namelijk:
  - de eigen vaardigheden van de bestuurder,
  - zijn motivatie en
  - zijn bereidheid zich te verdiepen in de organisatie.

Ook wordt er een aantal factoren buiten de invloedssfeer van de bestuurder benoemd, namelijk:

- de stijl en zittingsduur van de voorganger,
- hoe de vorige bestuurder is weggegaan (‘bestuurscrisis’),
- de mate van transparantie binnen de organisatie en
- de houding van externe belanghebbenden.

### Searchers

De *searchers* zijn belangrijke *gatekeepers*: bijna de helft van de bestuurders is via een *searcher* in zijn functie gekomen. De interviews met *searchers* begonnen met de vraag wat hun werk met eindverantwoordelijke zorgbestuurders inhoudt (zie bijlage 3.4 voor het interviewprotocol). Dit leidde tot een schets van de eigen carrière van deze *searchers*. Ook *searchers* gaan een traject door voordat ze bestuurders ‘mogen’ gaan werven; hun carrière loopt langs de lijnen van hun clientèle; hoe meer ervaren ze zelf zijn, des te hoger in de organisatie kunnen ze mensen werven. Twintig jaar geleden had één *searcher* een heel prominente positie in de zorg, geven meerdere *searchers* aan. In die twintig jaar is het vak van bestuurder en toezichthouder geprofessionaliseerd, maar

ook dat van *searchers*. *Searchers* hebben bepaalde gedragsregels voor hun handelen. Gedragsregels die *searchers* in de interviews noemen zijn:

- Rolvastheid: de *searcher* is adviseur en de raad van toezicht beslist.
- Trouw aan opdrachtgever: een *searcher* gaf aan binnen de eerste vier à vijf jaar degene die hij heeft geworven voor een bepaalde functie niet te benaderen. Dit is ook de reden dat ze de term *headhunter* vermijden. Stabiël leiderschap noemt een *searcher* het.

Voor het zoeken van een geschikte kandidaat vertrouwen ze op hun eigen ervaring en opgebouwde relaties. Ze kijken naar de ervaring en sociale vaardigheden van de kandidaat om diens geschiktheid te toetsen.

### Opleidingsinstituten

De meeste respondenten van de enquête hebben naast de eerste studie(s) aan universiteit of hogeschool nog aanvullende (management)opleidingen en cursussen gevolgd tijdens hun loopbaan (zie paragraaf 3.3). In deze opleidingen doen (potentiële) bestuurders een netwerk op dat weer behulpzaam kan zijn bij hun carrière. Universiteiten hebben daarmee invloed op wie bestuurder mag worden en wie niet (anders dan de weg van het opzetten van een eigen organisatie). Dit omdat zij eigen selectiecriteria hanteren voor toelating tot hun opleidingen voor hoger management en bestuurders. Het toegelaten worden tot een opleiding is afhankelijk van het opleidingsinstituut. Hierbij zijn de toelatingscriteria vooraf niet altijd helemaal helder, maar worden veelal bepaald door een *intake*. Ervaring in de zorg lijkt een belangrijk vereiste net als de omvang van de instelling.<sup>27</sup>

### Medezeggenschap

De genoemde partijen die 'meedenken' met de raad van toezicht (medebestuurders, medisch specialisten, management team, ondernemingsraad en cliëntenraad) kunnen een rol krijgen bij zowel het opstellen van een profiel als het benoemen van de uiteindelijke kandidaat. Hun stem is daarbij, blijkt uit de interviews, soms ook doorslaggevend.

27 <https://www.erasmuscentrumzorgbestuur.nl/programma/top-class>, geraadpleegd op 20 maart 2018.

<https://www.erasmuscentrumzorgbestuur.nl/programma/master-class>, geraadpleegd op 22 mei 2017.

<https://www.tias.edu/opleidingen/korte-programmas/detail/programma-voor-bestuurders-in-publieke-en-non-profit-sector#toelatingseisen>, geraadpleegd op 21 oktober 2018.

Hoewel het management team na het aannemen van de bestuurder diens ondergeschikte wordt, is er vaak wel een nauwe samenwerking tussen bestuurder en management team. Bij een succesvolle benoeming is er tijdens het wervingsproces draagvlak gezocht bij dit team. Een bestuurder geeft aan dat er drie wervingsprocedures hadden plaatsgevonden voordat hij uit de laatste procedure kwam. In de voorlaatste procedure was een andere voorkeurskandidaat van raad van toezicht en medebestuurder. Toen het management team zich afvroeg of deze persoon de juiste was, is de geïnterviewde bestuurder gekozen. Het management team had in dit geval dus een doorslaggevende stem.

De werving van zorgbestuurders is (zie paragraaf 4.2.6) weinig gereguleerd of geïnstitutionaliseerd. Er lijkt wel een gangbare praktijk te zijn, waarbij in toenemende mate aandacht is voor het betrekken van de medezeggenschapsorganen bij zowel het bepalen van het profiel van de gezochte bestuurder als de beslissing wie gekozen wordt. Er is dus steeds meer aandacht voor de proceslegitimiteit bij werving.

### **3.5 Machtsdeling**

Uit de interviews en de focusgroep komt een beeld naar voren van actief sturende bestuurders die het verbeteren van de kwaliteit van zorg als leidend zien en hierbij uit de buitenwereld en de organisatie zelf halen wat nodig is om bij te dragen aan deze kwaliteit. Binnen de normstelling in wetten en codes is veel ruimte voor eigen interpretatie en dus ook invulling. Zo kan er verschil van mening zijn over wat goede zorg is. Binnen deze ruimte ontwikkelen de geïnterviewde zorgbestuurders zelf handelingsstrategieën voor het dagelijks handelen en de omgang met deze eisen. In hun dagelijks werk spelen de juridische kaders (paragraaf 4.2.4) en de handhaving daarop door inspectie en toezichthouders bij de geïnterviewde zorgbestuurders een minder grote rol dan het draagvlak van de interne organisatie en de eigen visie (zie ook paragraaf 3.8) op de beste koers voor de organisatie ten behoeve van de geleverde zorg.

De geïnterviewde bestuurders ervaren het belang van hun verbinding met de organisatie en de cliënt/patiënt. Dit blijkt ook uit de enquête: op de vraag met wie of wat ze zich het meest verbonden voelen, antwoorden respondenten in de eerste plaats de eigen organisatie, daarna de problematiek van patiënten en cliënten en als derde de maatschappelijke vraagstukken aangaande de zorg (zoals betaalbaarheid en toegankelijkheid) (Bijloos e.a., 2017, p. 36). De sector en collega-bestuurders binnen de eigen organisatie volgen daarna pas. De verbinding met collega-bestuurders in de zorg wordt als één na laatste genoemd (boven publieke managers in algemene zin). Aan de andere kant zien de geïnterviewde bestuurders de verbinding met de organisatie ook als een tijdelijke verbinding: een kritische houding ten opzichte van de organisatie is deel van

hun 'professionaliteit'. Ze zoeken een balans tussen deze houding en die van een authentieke verbinding. Zie ook paragraaf 3.7 over betrokkenheid versus distantie.

De respondenten van de enquête in 2015 geven aan dat ze gemiddeld 66% van hun tijd aan interne zaken besteden en 34% aan externe zaken. Ziekenhuisbestuurders zijn meer intern gericht dan hun collega's in andere sectoren van de zorg (Bijloos e.a., 2017, p.33).

In de zorg speelt de verhouding tussen bestuurders en de *professionals* van de organisatie een grote rol. In de eerste plaats zijn zorgbestuurders vaak zelf *professional* bij een zorginstelling geweest. Van de respondenten van de enquête die in het kader van dit onderzoek is uitgevoerd in 2015 en die vanaf 2000 iedere vijf jaar is gehouden (zie 'methodologie') heeft, zoals gezegd, 42% (in 2015) een zorgspecifieke opleiding gevolgd zoals arts, verpleegkundige en psycholoog. Een klein deel heeft zowel een zorgspecifieke als een bedrijfskundige of economische opleiding (6%) gevolgd. Onder de respondenten met een universitaire opleiding valt op dat het percentage respondenten dat geneeskunde studeerde over de jaren heen significant is gedaald, van 29% in 2000 naar 17% in 2015. Onder de respondenten met een hbo-opleiding valt ook op dat het percentage zorgbestuurders met een verpleegkundige achtergrond tussen 2010 en 2015 significant is afgenomen van 42% in 2010 naar 27% in 2015, terwijl het daarvoor juist toenam. De meeste respondenten met een geneeskundige opleiding werken in ziekenhuizen (31% van de deelnemende ziekenhuisbestuurders is opgeleid als arts. Bijloos e.a., 2017, p.17-18). Deze medische achtergrond wordt in de interviews benoemd als basis voor intern gezag. Er is geen kwantitatieve informatie beschikbaar of deze basis voor gezag de belangrijkste reden is voor raden van toezicht om bestuurders met een medische achtergrond te werven. Uit dit onderzoek blijkt wel het belang van het hebben van gezag voor de uitoefening van het werk van bestuurders (zie paragraaf 4.3.1), het is daarmee een aannemelijke verklaring.

Een andere mogelijke verklaring dat de verhouding van zorgbestuurders tot *professionals* een rol speelt in het werk van zorgbestuurders is dat zorgbestuurders volgens de wet (artikel 2 Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg jo. boek 2 artikel 9 Burgerlijk Wetboek) eindverantwoordelijkheid hebben voor het primaire proces, oftewel de geleverde zorg. Een aantal factoren maakt dat zorgbestuurders maar beperkt zicht hebben op het primaire proces. Dit wordt onder andere veroorzaakt door:

- de vertrouwelijkheid van de arts-cliënt/patiënt relatie,
- de ambulantisering van de zorg die maakt dat zorg zoveel mogelijk bij mensen thuis wordt verleend,
- bij ziekenhuizen het feit dat de medische staf vaak niet in loondienst is, maar vanuit een eigen maatschap diensten aan het ziekenhuis aanbiedt en

- het gebrek aan inzicht in het werk van de *professionals*, wanneer een bestuurder geen arts is of geen expert in het specifieke vakgebied.

Bestuurders zoeken naar manieren om medische *professionals* te betrekken bij beleid.<sup>28</sup> Dit gebeurt door het geven van managementtaken aan medische *professionals* (dit heet *duaal management*) en het vragen om (vrijblijvend dan wel verplicht) advies. Ook neemt het aantal duale besturen toe sinds 2005 (van 6% naar 12% in 2015). In deze besturen heeft zowel een medisch bestuurder als een bestuurder met een ander profiel zitting (Bijloos e.a., 2017, p. 29).

	2005	2010	2015
Verplichte raadgeving	30%	34%	36%
Vrijblijvend advies	43%	48%	44%
Duaal bestuur	6%	8%	12%
Duaal management	37%	33%	51%
Niet geregeld	9%	17%	10%
Anders	16%	3%	14%

**Figuur 13:** inbreng van professionals in het beleid (percentage, meerdere antwoorden mogelijk), Bijloos e.a., 2017, p. 29.

Het opleidingscurriculum heeft zich de afgelopen decennia ontwikkeld. In de focusgroep wordt gesproken over een 'professionaliseringsslag'. Deze professionaliseringsslag geldt niet alleen voor de bestuurders, maar ook voor de raden van toezicht en voor het management. Waar eerst verpleegkundigen wat managementtaken hadden, wordt managen steeds meer een professionele aangelegenheid (o.a. Noordegraaf en Schinkel, 2011). Dit maakt ook weer dat bestuurders bepaalde inhoudelijke kennis aan de managers onder hen kunnen overlaten.

Naast de *professionals* hebben ook de cliënten/patiënten een formele positie in zorginstellingen in de cliënten-/patiëntenraden. Zij worden bijvoorbeeld geraadpleegd bij het aannemen van zorgbestuurders en toezichthouders. Bij de vraag in de enquête hoe de respondenten het belang van cliënten/patiënten meenemen, blijken cliënten-/patiëntenraden hierbij de belangrijkste bron van informatie om het belang van cliënten/patiënten te toetsen. Cliënten en patiënten zijn niet altijd goed in staat om zichzelf te uiten en ze zijn niet altijd geëquipeerd om de rol van adviseur goed te vervullen (Vennik, 2016). Uit de interviews in het kader van dit onderzoek kwam naar voren dat het lastig kan zijn

<sup>28</sup> Hilders verklaart dit als volgt (2015, p. 6): "De informele macht ligt [bij instellingen in de gezondheidszorg] bij het medisch personeel. Hierdoor kunnen duurzame veranderingen alleen tot stand komen door professionals medeverantwoordelijk te maken voor het beoogde doel."

om de cliënten-/patiëntenraad 'mee te krijgen' bij beslissingen die niet gunstig zijn voor de huidige cliënten/patiënten, maar die wel nodig zijn voor de financiële gezondheid van de organisatie of het garanderen van (goede) zorgverlening in de toekomst.

Op grond van de Wet op de ondernemingsraden heeft de ondernemingsraad ook een inbreng. Dit is niet uniek voor de zorg, maar geldt voor alle bedrijven met meer dan vijftig medewerkers.

Binnen de zorg is een grote variatie aan soorten instellingen. Ze verschillen bijvoorbeeld in het soort zorg dat verleend wordt, de omvang, de reikwijdte (lokaal/nationaal) en de manier waarop ze financiering krijgen. Deze variaties beïnvloeden het werk van zorgbestuurders.

De belangrijkste interne contacten vinden de respondenten van de enquête (op volgorde van belang):

- 1) collega-bestuurders indien er sprake is van een meerhoofdige raad van bestuur;
- 2) managementteam;
- 3) medewerkers aan wie rechtstreeks leiding gegeven wordt;
- 4) professionals;
- 5) cliënten/patiënten(raad) of familie(raad);
- 6) (voorzitter van de) raad van toezicht;
- 7) (voorzitter van de) ondernemingsraad.

(Bijloos e.a., 2017, p. 34). Deze belanghebbenden vormen zowel de directe omgeving van de bestuurder (voornamelijk 1 tot en met 3) als relevante belanghebbenden binnen de organisatie (de andere categorieën). Aan externe contacten wordt minder tijd besteed dan aan interne contacten. De respondenten van de enquête in 2015 besteden 35% van hun tijd aan externe contacten, 65% aan interne contacten. De externe contacten zijn op volgorde van belangrijkheid volgens de respondenten:

- 1) zorgbestuurders uit dezelfde sector;
- 2) overheden en ambtenaren;
- 3) bestuurders uit andere zorgsectoren;
- 4) brancheorganisaties;
- 5) zorgverzekeraars;
- 6) cliënten-/patiëntenorganisaties of belangenbehartigers.

(Bijloos e.a., 2017, p. 35). Deze belanghebbenden vormen zowel de directe omgeving van de bestuurder (1, 3 en 4), als de relevante belanghebbenden buiten de organisatie (1, 2 en 5) als vertegenwoordigers van de samenleving in het algemeen (2 en 6).

In de enquête zijn in ieder geval de volgende belanghebbenden niet genoemd:

- 1) accountants,
- 2) eigenaren/aandeelhouders,
- 3) vakbonden,
- 4) de beroepsvereniging,
- 5) de inspecties zoals de Autoriteit Consument en Markt, de Nederlandse Zorgautoriteit, de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd en de Nederlandse mededingingsautoriteit,
- 6) het Waarborgfonds voor de Zorgsector en
- 7) media.

In deze paragraaf wordt duidelijk dat de *license to lead* wordt verkregen door zowel in het systeem (door formele procedures) als in de praktijk de belangrijkste belanghebbenden te betrekken bij beslissingen. In de volgende drie paragrafen komt terug hoe dit in de praktijk uitwerkt.

### 3.6 Omgang met verandering

De marktwerking in de zorg is geleidelijk ingevoerd. In 2006 is met de inwerkingtreding van de Zorgverzekeringswet het ziekenfonds afgeschaft en sindsdien kunnen zorgverzekeraars onderling en zorgverleners onderling concurreren binnen gereguleerde kaders. Zorginstellingen kunnen ook failliet gaan. Met de introductie van marktwerkingsprincipes kregen zorgbestuurders een andere rol. Naast de publieke taak van toegankelijkheid en kwaliteit van zorg bewaken, kwamen er ook private taken bij zoals het zorgen voor de economische gezondheid van de organisatie (zie onder meer Van der Meulen, 2009 en Van der Scheer, 2013). Bij de vraag waarop bestuurders afgerekend willen worden in de genoemde enquête, blijft de top drie van de respondenten constant door de jaren heen (2000, 2005, 2010 en 2015). Opvallend is dat in 2005 aan concurrentievermogen meer waarde werd toegekend en in 2010 aan economische gezondheid. De publieke taak, de kwaliteit van zorgverlening, blijft op één staan, zoals blijkt uit de tabel hierna.

	2005	2010	2015
Kwaliteit van de zorgverlening	74%	87%	84%
Economische gezondheid	53%	72%	51%
Maatschappelijke functie	42%	31%	48%
Concurrentievermogen	29%	11%	8%
Voldoen aan politieke opdracht	0%	3%	1%
Optimalisatie logistieke processen	4%	3%	0%

**Figuur 14:** zaken waarop bestuurders afgerekend wensen te worden (percentages, maximaal twee antwoorden), Bijloos e.a., 2017, p. 40.



De introductie van de marktwerking heeft dus niet geleid tot een andere focus. Het belang van concurrentievermogen is zelfs afgenomen. Qua opleidingsachtergrond van zorgbestuurders is er wel een verschuiving die te maken zou kunnen hebben met de marktwerking. Het percentage van respondenten die bedrijfskunde studeerden, steeg significant van 12% in 2000 naar 22% in 2015 (Bijloos e.a., 2017, p. 18).

De taak van ondernemer wordt door de respondenten van de enquête voornamelijk ingevuld door samenwerking met andere organisaties en innovatie in het primair proces. Het initiëren van commerciële activiteiten is van ondergeschikt belang, zoals blijkt uit onderstaande tabel.

	2005	2010	2015
Aangaan van samenwerkingsrelaties	3,9	4,0	4,1
Stimuleren van innovatie door professionals	3,8	3,8	4,1
Creatief omgaan met middelen	3,6	3,8	3,9
Optimaliseren van werkprocessen	3,5	3,7	3,5
Aanboren van nieuwe markten	3,3	3,3	3,1
Initiëren van commerciële activiteiten	2,7	2,8	2,5

**Figuur 15:** de invulling van ondernemerschap (gemiddelde score op een vijfpuntsschaal – 1 = geheel niet van toepassing, 5 = zeer van toepassing), Bijloos e.a., 2017, p. 37.

Ongeveer 25% van het werk van de respondenten van de enquête besteden ze aan onverwachte zaken danwel incidenten (Bijloos e.a., 2017, p. 33). Dit vraagt flexibiliteit. Veranderingen doorvoeren is volgens de respondenten een belangrijke maatstaf van goed bestuur. Dit kan te maken hebben met regelmatige wijziging in de wet- en regelgeving, waardoor onder meer veranderingen plaatsvinden in de financieringsbronnen, de manier van toezichthouden en de manier van verantwoording afleggen. Binnen deze context zoeken bestuurders naar een bindende visie voor hun organisatie (zie de volgende tabel).

Aspect	2005	2010	2015
Veranderingen doorvoeren	69%	59%	64%
Formuleren van een bindende visie	60%	63%	60%
Spanningen en dilemma's hanteren	36%	41%	42%
Bedrijfseconomische resultaten	43%	48%	37%
Medewerkers stimuleren	36%	38%	35%
Eigen stijl aanpassen	24%	22%	22%
Besluitvaardigheid	21%	18%	15%

**Figuur 16:** maatstaven voor effectief bestuur (percentages, maximaal drie antwoorden), Bijloos e.a., 2017, p. 39.

De door de respondenten van de enquête en in de interviews besproken veranderingen zijn schaalvergroting, nieuwbouw/renovatie, verbeteren ICT-structuur, nieuwe vormen van samenwerking, veranderingen in de topstructuur en het kiezen voor een andere managementstijl (zie bijlage 5).

In de enquête heb ik gevraagd op welke gerealiseerde verandering de bestuurder het meest trots is (één antwoord mogelijk).

- Het verbeteren van de kwaliteit van de zorg die geleverd wordt staat op één (32%),
- gevolgd door cultuuromslag (18%),
- marktpositie van de organisatie verbeteren (16%) en
- financiële resultaten (11%).
- Op een succesvolle reorganisatie is 9% het meest trots en nog eens 9% op iets anders.
- Op een fusie is 5% van de respondenten het meest trots (zie ook Bijloos e.a., 2017, p. 40, met de opmerking dat het geen open vraag was).

Er zijn ook onbedoelde veranderingen mogelijk. Zo kan een 'cultuurverandering' een geleidelijke en onbewuste verandering zijn.

De *license to lead* van zorgbestuurders hangt onder andere af van de manier waarop zij tijdens hun werk aan een verandering vorm weten te geven. De in de interviews en focusgroep genoemde elementen die hierbij een rol spelen, zijn:

- 1) de strategische keuzes bij het doorvoeren van de verandering,
- 2) en in het bijzonder het draagvlak dat ze hierbij weten te krijgen en
- 3) de beïnvloedingsmacht die ze weten te creëren.
- 4) Voor zorgbestuurders als collectief is het van belang aan te tonen dat de veranderingen die ze doorvoeren bewezen effect hebben. Dit effect kan bijvoorbeeld zijn het stroomlijnen van de zorg rondom de cliënt/patiënt, innovatie, kwaliteitsverbetering en het continueren van zorg en werkgelegenheid in tijden van bezuiniging.

Deze elementen worden hierna op basis van de interviews en focusgroep toegelicht.

De wijze van sturen bij een verandering (1) en de motieven om te veranderen zijn van groot belang voor het succes van een verandering (Ten Have, 2017). In paragraaf 3.7 wordt als belangrijke verandering in de afgelopen 15 jaar schaalvergroting genoemd. Door schaalvergroting verandert de positie van de organisatie en daarmee de beïnvloedingsmacht (3). Door bijvoorbeeld meer landelijke dekking en een breder zorgaanbod neemt de afhankelijkheid van individuele gemeenten en verzekeraars af. De organisatie kan meer invloed krijgen ten opzichte van deze en andere belanghebbenden, omdat

ze een groter aandeel van de markt beïnvloedt. In landelijke netwerken, bijvoorbeeld de branches, hebben grotere organisaties ook een belangrijkere stem. Bij het ministerie van VWS komen deze organisaties gemakkelijker aan tafel. Aan de andere kant hebben instellingen die alleen in een bepaald dorp gevestigd zijn vaak meer verwevenheid met de lokale gemeenschap, omdat ze meestal een gezamenlijke identiteit hebben, waardoor ze juist lokaal veel beïnvloedingsmacht hebben.

Er zijn verschillende rechtvaardigingsgronden in de focusgroep genoemd voor een bepaalde schaal. Wanneer bijvoorbeeld gezocht wordt naar het stroomlijnen van de zorg rondom de cliënt/patiënt kan dit soms leiden tot een fusie, maar ook tot samenwerking of innovatie.

De strategische keuzes (1) kunnen gaan over de vorm die aan de verandering wordt gegeven. Zo kan gekozen worden voor een horizontale (met een of meer vergelijkbare organisaties) of verticale (met andersoortige organisatie(s)) fusie, maar ook voor samenwerking, bijvoorbeeld het verdelen van het werkgebied of investeren in kennis van de 'anderhalve lijn', zoals de huisarts. Hierbij is van belang dat bij het doel van de verandering de meest logische vorm wordt gekozen. Het juridische en fiscale kader speelt daarbij een rol: welke vorm geeft minder weerstand en levert het meeste financiële voordeel op? De geïnterviewden omschrijven situaties waarbij eerst de vorm en dan de strategie wordt gekozen en situaties waarbij eerst de strategie wordt gekozen en dan de invulling. Dit tweede betekent dat niet gestart wordt met het doel te fuseren, maar met het doel bijvoorbeeld de zorg rond de cliënt/patiënt te coördineren en dat dan wordt gekeken welke organisatievorm daar het beste bij past. Ook bij de invulling van de nieuwe organisatie kan kritisch worden gekeken hoe het doel het beste wordt gediend: is het nodig om een gezamenlijke identiteit te hebben of is het juist beter de lokale identiteit van de deelorganisaties te behouden? Niet altijd werkt het in deze volgorde. Soms vindt er een organisatieverandering plaats waarbij niet de meest passende governancestructuur wordt gezocht, maar wordt gekeken hoe alle personen aan de top een plek kunnen krijgen in de nieuwe organisatie. Dit kan tot 'ongelukkige huwelijken' leiden. Uit onderzoek van Postma blijkt dat een derde van de fusies afgebroken wordt (2015). Uit hetzelfde onderzoek van Roos (2018) en Postma (2015) blijkt dat bij 38% van de respondenten de fusie niet door is gegaan vanwege verandering in inzicht in het nut van de fusie (32%) of een veranderend(e) standpunt/relatie tussen betrokken bestuurders (30%).

De rol van de zorgbestuurder is ook gelegen in de manier waarop hij de verandering borgt. Dit begint al bij de zorgvuldige weging van belangen (2) om een verandering in gang te zetten en het blijven heroverwegen gedurende de verandering. Hierbij is het

besluitvormingsproces van belang. Dit geven de geïnterviewde zorgbestuurders vorm door informeel contact met medewerkers (meelopen/luisteren) en het organiseren van bijeenkomsten. Indirect proberen ze medewerkers te verbinden door een gezamenlijke inhoudelijke koers te vinden en hun management team te stimuleren om medewerkers en cliënten/patiënten te betrekken. Voor het betrekken van cliënten/patiënten worden verschillende strategieën gekozen, ook omdat de cliënten/patiënten niet altijd in staat zijn om in een bijeenkomst hun stem te laten horen. Ook veranderen de zorgbestuurders processen in de organisatie. Dit kan bijvoorbeeld zijn door bepaalde zaken inzichtelijk te maken voor iedereen, maar ook door het aanpassen van de organisatiestructuur. Het doel is om bijvoorbeeld meer op de inhoud en dichter bij de zorg de beslissingen te nemen. Hiermee proberen de geïnterviewde zorgbestuurders ook uit hun 'ivoren toren' te komen. Dit kan wel spanningen geven met het management team: zij worden hierbij soms gepasseerd of 'overruled'. De professionaliteit van de bestuurder ligt in het organiseren van het proces zodat alle belanghebbenden zich gehoord voelen en mee worden genomen in het uiteindelijke besluit enerzijds. Anderzijds ligt deze in het houden van de regie om te zorgen dat het uiteindelijke besluit leidt tot kwalitatief goede zorg en (in het geval van bezuiniging) zo min mogelijk negatieve effecten heeft voor medewerkers en cliënten/patiënten.

De betrouwbaarheid aan de onderhandeltafel wordt ook bepaald door de manier waarop het veranderproces (1) is vormgegeven. Wanneer de verandering goed doordacht is en intern draagvlak (2) heeft, kan dit helpen om deze goedgekeurd en gefinancierd te krijgen.

De *license to lead* van zorgbestuurders staat onder druk wanneer er geen bewezen meerwaarde (4) is van de veranderingen, zoals schaalvergrotingen, die worden doorgevoerd. Deze meerwaarde heeft te maken met de fase waar de organisatie zich in bevindt. Wanneer de organisatie op het punt staat failliet te gaan, kan de meerwaarde zijn het overleven. Janssen (2017) schat dat zo'n 20% van de zorginstellingen onder bijzonder beheer staat (bij navraag onder andere gebaseerd op het Jaarverslag 2016 van de Stichting Waarborgfonds voor de Zorgsector waarin staat dat 18% -53 organisaties- van het totale aantal deelnemers onder verhoogde risicobewaking staan). Het effect kan dan ook zijn dat faillissement wordt voorkomen. Een uitkomst kan ook zijn dat de organisatie wordt opgeheven, bijvoorbeeld als de toegevoegde waarde van de organisatie ten opzichte van concurrenten niet meer helder is of omdat de organisatie financieel niet meer overeind kan blijven. Door landelijke bezuinigingsmaatregelen is het lastig om het resultaat zichtbaar te maken: de meerwaarde kan zijn dat de organisatie minder verlies draait dan anders, maar dit leidt alsnog tot een negatief resultaat. Een geïnterviewde zorgbestuurder zegt hier bijvoorbeeld over: *"Als je te maken hebt met een sector, waar*

*continu sprake is van budgetvermindering, en in het kader van decentralisatie gaat dat soms met tientallen procenten, dat red je het nooit en te nimmer met 'lean' of 'lage overhead'... Als het gaat om meetbare resultaten, dan is het in tijden waarin mensen ontslagen worden en sommige zorg niet meer geleverd kan of mag worden, soms lastig om positieve uitkomsten te realiseren."*

Maar ook zonder deze onmiddellijke dreiging worden door de geïnterviewde zorgbestuurders de kwetsbaarheid van de instelling (weinig financiële ruimte) en het kunnen omgaan met financiële tegenvallers genoemd als factoren die de resultaten negatief kunnen beïnvloeden. Soms is de netto opbrengst van de verandering dat een bezuinigingsmaatregel van de overheid een iets minder desastreuze impact heeft op de organisatie dan zonder de verandering oftewel het minimaliseren van het verlies. Financiële successen zijn lastig in tijden van bezuiniging. De geïnterviewde zorgbestuurders geven aan succes te zien in bijvoorbeeld het gelijk blijven van medewerkers- en klanttevredenheid in tijden van bezuiniging. Ook kan een succes zijn dat de zorg geleverd kan blijven worden en de kwaliteit gehandhaafd blijft, ondanks bezuinigingsmaatregelen.

Door de invulling van het proces (1) kunnen veranderingen worden 'verankerd', bijvoorbeeld wanneer voor een nieuwe organisatievorm of governancestructuur wordt gekozen.<sup>29</sup> De veranderingen die doorgevoerd worden, hebben effect (4) op de staat van de organisatie die de bestuurder achterlaat. Het kunnen formele veranderingen zijn, zoals de (juridische) organisatiestructuur en ook meer informele effecten die het gevolg zijn van de verandering, bewust of onbewust. Maar ook de rol en positie van de bestuurder zelf kunnen door de verandering veranderen. Daarnaast kan de verandering effect hebben op de zorg en het zorgstelsel.

Uit de interviews wordt duidelijk dat bij het inzetten van veranderingen niet altijd wordt gewerkt op basis van de *best available evidence* hoe een verandering vorm te geven en de redenen voor verandering niet altijd goed zijn doordacht en deze niet altijd matchen met het soort verandering die wordt ingezet. Hierdoor zijn veranderingen niet per definitie verbeteringen. Dit kan de legitimiteit van zorgbestuurders negatief beïnvloeden.

Er wordt veel veranderd in de zorg. Positieve effecten die de geïnterviewde zorgbestuurders hiervan noemen, zijn dat instellingen meer naar buiten zijn gericht en dat er meer wordt gezocht naar samenwerking rondom de cliënt/patiënt. Dat wordt gezocht naar

---

29 Salancik en Pfeffer (1977) spreken over *institutionalizing power*, wanneer het doel van het creëren van relatief permanente structuren en beleid is om de macht van een bepaalde groep binnen een organisatie te versterken (ten koste van een andere groep).

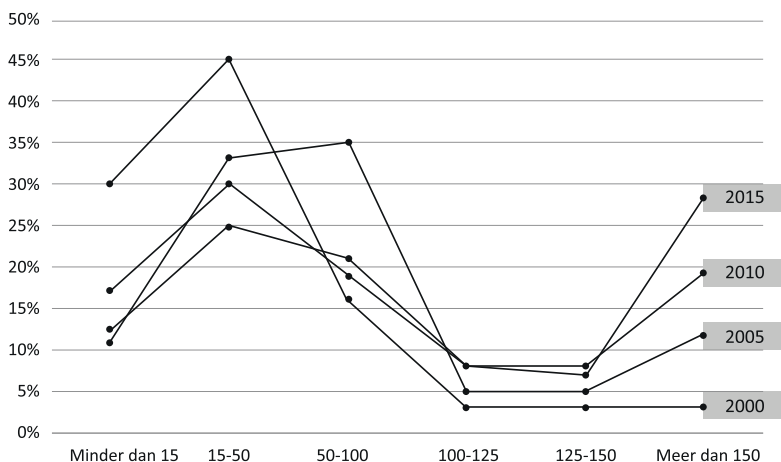
innovatieve manieren om de zorg te organiseren. Dat cliënten/patiënten langer thuis wonen en dat er nieuwe vormen van zorg ontstaan. Dat in het maatschappelijke debat meer aandacht wordt gevraagd voor kwetsbare mensen. Dat door strengere regels en efficiëntieslagen meer aandacht wordt gegeven aan de kwaliteit van zorg. Dat ondanks bezuinigingen wordt gezocht naar manieren om niet 'rendabele' zorg mogelijk te blijven maken. Sommige veranderingen leiden echter tot weinig merkbare effecten. Zo merkt een cliënt/patiënt er weinig van of dezelfde zorg door aanbieder x of y wordt geboden.

De specifieke *setting* leidt tot specifieke vereisten aan zorgbestuurders. Hierbij gaat het om hun vermogen draagvlak vanuit de verschillende regimes (gemeenschap, overheid en markt) te genereren en hun bekwaamheid in deze *setting* de organisatie goed te sturen. Dit bepaalt mede de *license to lead* van zorgbestuurders op zowel individueel- als op organisatie- en systeemniveau.

### 3.7 Schaalvergroting

Een belangrijke verandering in de afgelopen decennia die de aandacht heeft van politiek en media is schaalvergroting. In deze paragraaf wordt de schaalvergroting apart besproken, omdat deze (los van andere veranderingen) invloed heeft op de *license to lead* van zorgbestuurders. Het effect op de *license to lead* van zorgbestuurders op verschillende niveaus (individu, raad van bestuur en zorgbestuurders als collectief) is in paragraaf 5.6 toegelicht.

Zorgorganisaties zijn in de afgelopen jaren gegroeid. In figuur 17 wordt duidelijk dat er ten opzichte van 2000 minder kleine organisaties (met een omzet onder de 15 miljoen) zijn en meer grote organisaties (met een omzet boven de 150 miljoen).



**Figuur 17:** bedrijfsopbrengsten in miljoenen euro's (percentage), Bijloos e.a., 2017, p. 28.

Binnen de bestuurskamer heeft zich in de afgelopen decennia een aantal veranderingen voorgedaan. Sinds 2000 is het aantal eenhoofdige besturen met ongeveer 9% toegenomen tot 44% in 2015. Het aantal meerhoofdige besturen met collegiale verantwoordelijkheid is na een daling in 2005 ongeveer gelijk gebleven rond de 42% in 2015. Het aantal besturen met een eerstverantwoordelijke directeur/bestuurder is afgenomen van 22% in 2000 naar 12% in 2015. Het aantal leidinggevende niveaus is afgenomen. In 2015 heeft 25% van de deelnemende organisaties slechts twee leidinggevende niveaus. In 2005 was dit nog 9% (zie onder meer Bijloos e.a., 2017, p. 28-29, Van der Scheer, 2013 en bijlage 5).

Een logische veronderstelling is dat proceslegitimiteit door de jaren heen belangrijker is geworden, nu besturen te complex is (geworden) voor het vormen van een persoonlijke relatie met alle belanghebbenden. Immers het aantal leidinggevende niveaus is afgenomen en de omvang van organisaties is toegenomen. Dit blijkt ook uit de uitgevoerde enquête: de inbreng van professionals op het organisatiebeleid is geformaliseerd. Zo is het percentage organisaties met een duaal bestuur (dus met een vertegenwoordiging vanuit de professionals in het bestuur) van 6% in 2005 gegroeid naar 12% in 2015. Duaal management is toegenomen van 37% in 2005 naar 51% in 2015 (Bijloos e.a., 2017, p. 29, zie ook paragraaf 3.5). Professionals hebben ook meer formele inspraak in besluitvorming: er is een toename van een vrijblijvende adviesstructuur naar een verplichte adviesstructuur en er worden ook steeds vaker alternatieve manieren gevonden om de inbreng van professionals op het organisatiebeleid te vergroten. Dit gebeurt bijvoorbeeld door het vertegenwoordigen van professionals in de staf, door een alternatieve organisatiestructuur te creëren (coöperatie) of op informele wijze (zie onder andere Bijloos e.a., 2017, p. 29). Ook de managementstijl is veranderd van actieve sturing naar meer zelfmanagement:

	2000	2005	2010	2015
<b>Zelfmanagement</b>	10%	14%	24%	43%
<b>Actief sturend management</b>	51%	53%	42%	28%
<b>Meevoelend management</b>	25%	25%	28%	25%
<b>Geduldmanagement</b>	13%	4%	3%	2%
<b>Confronterend management</b>	2%	5%	4%	2%

**Figuur 18:** opvatting respondenten over het managen van professionals (percentages, slechts één antwoord mogelijk) ,Bijloos e.a., 2017, p. 30.

De veranderingen die hier zijn omschreven zijn deels te verklaren door veranderende opvattingen over leiderschap, waarbij de bestuurder niet langer de *great man* is, maar zijn leiderschap deelt en besluiten gezamenlijk met anderen in de organisatie neemt. Door wet- en regelgeving wordt deze vorm van besturen ook gestimuleerd: de mede-

zeggenschapsorganen krijgen in de wetgeving verdergaande bevoegdheden, waardoor bestuurders geen ingrijpende besluiten kunnen nemen zonder hen te raadplegen (zie paragraaf 4.2.4). Door het toenemen van de organisatieomvang is dit wellicht ook een noodzakelijke stap: bestuurders kunnen niet alles meer weten, overal bij betrokken zijn en alle besluiten nemen. Door de toenemende zorgvraag en druk op de budgetten is het verklaarbaar dat in managementlagen 'gesneden' is. Dit kan er weer toe leiden dat de samenstelling van de raad van bestuur wordt gewijzigd. Een geïnterviewde bestuurder: *"De organisatie had de structuur van een eenhoofdige raad van bestuur en een directielaag en daaronder een laag van managers. En in de hele gehandicaptenzorg zie je dat er gekeken wordt hoe we de organisatie meer zelfsturend kunnen laten zijn. En de overhead terugbrengen. En ik denk dat dat ook een heel goede ontwikkeling is. Want het was wel erg druk aan de top in een heleboel organisaties. ... En de bestuurder die er nu zit die is ontzettend creatief. Heeft duizend ideeën. Maar hij kon in het verleden terugvallen op die hele directielaag om daar ook handen en voeten aan te geven. En die is er nu niet meer."* Daarom is in de organisatie van de geïnterviewde bestuurder gekozen om de raad van bestuur uit te breiden van een eenhoofdige naar een tweehoofdige raad van bestuur.

In 2012 schrijft de onderzoekscommissie Toezichtfunctie VUmc in het rapport 'Weer in contact komen' over de risico's van schaalvergroting wanneer deze niet zorgvuldig gebeurt: *"De kwaliteit van het toezicht komt vanaf ca. 2007 geleidelijk onder druk te staan. Dat komt door een combinatie van factoren, zoals de deels opportunistische werkwijze met betrekking tot de samenstelling van de RvT [raad van toezicht] als gevolg van de beoogde fusies waardoor de RvT onvoldoende grip had op de eigen samenstelling. Hoewel de toezichtstaak veel complexer werd, accepteerde de RvT deze gang van zaken kennelijk bewust. (...) In de literatuur is bekend dat naar mate de raad van commissarissen groter is, de neiging van het bestuur om aan commissarissen (vertrouwelijke) informatie te onthouden groter zal zijn. Daar komt nog bij dat door de invoering van de divisiestructuur (2007) het bestuur op grotere afstand van de operatie geraakte. De RvT organiseerde in deze periode onvoldoende een eigen informatievoorziening met de werkorganisatie om deze afstand te overbruggen."*

*De RvT is er jegens het VUmc niet in geslaagd de kwaliteit en de continuïteit van het bestuur voldoende te waarborgen. De kwaliteit van het bestuur werd geleidelijk uitgehold en de samenstelling van het bestuur was inhoudelijk en qua omvang volgens de commissie niet meer toegerust voor de complexiteit van het medisch-wetenschappelijk bedrijf...De commissie adviseerde om een vierhoofdige raad van bestuur in te stellen, waarvan ten minste twee medisch specialisten (van verschillende origine) deel uitmaken "om het contact met de werkvloer en de afdelingen te kunnen intensiveren". Daarnaast benadrukte zij het belang van een verkleining van de gelaagdheid in de organisatie en van de positionering van het medisch primaat in het centrum van de organisatie."* (Grinwis e.a. 2012, p. 19-21, geciteerd



in de Thematische Wetsevaluatie bestuursrechtelijk toezicht op de kwaliteit van de zorg, ZonMw, 2013). Dit citaat benadrukt de afstand tussen de raad van bestuur en de werkvloer en de negatieve invloed op de kwaliteit van het bestuur als gevolg van schaalvergroting (door fusie).

In de omgevingsanalyses bij de Parlementaire enquête Woningcorporaties werd ook een zeker verband tussen grootschaligheid en besturingsproblemen vastgesteld: *“Veel semipublieke organisaties zijn gaandeweg uitgegroeid tot grootschalige en complexe/hybride ondernemingen: ook zorginstellingen zijn via schaalvergroting en fusies steeds meer «concerns» en «meervoudige» instellingen geworden met daarbinnen verschillende typen activiteiten (georganiseerd in divisies of op locaties), met verschillende rechtsvormen (stichtingen, BV's maar gaandeweg ook coöperaties) en in veel gevallen voorzien van een eenhoofdig bestuur. ...*

*De schaalvergroting en toegenomen complexiteit en hybriditeit hebben in een aantal gevallen tot grote problemen in de governance geleid. De ‘concerns’ bleken gaandeweg last te krijgen van aansturingsproblemen, de afstand tot het primair proces werd te groot, de specifieke kennis/vaardigheden om te besturen en toezicht uit te oefenen ontbrak hier en daar, en de betrokkenheid van belanghebbenden nam af (een toenemende anonimiteit). Analyses van misstanden wijzen er vooral op dat binnen de grootschalige verbanden de interne besturing vaak niet op orde is. In onderzoek en beschouwingen klinkt steeds vaker de (retorische?) vraag of de governance van de semipublieke organisaties wel voldoende meegegroeid is met de ontwikkeling naar grootschaligheid en complexiteit.”* (Kamerstuk II 2014/15, 33606, nr. 9, p. 53-54).

Zoals hiervoor beschreven zijn door schaalvergroting raden van bestuur verder verwijderd van het werkproces. De grootte van de instelling en de ervaren afstand tussen bestuur en werkvloer zijn niet aan elkaar gelijk, maar hangen af van de manier waarop het bestuur haar taak uitoefent (Stoopendaal, 2008). Stoopendaal (2008) noemt ook

- extensie (het creëren van een samenhangende structuur van documenten, materialen en geschoolde en getrainde mensen),
- verbindingen (overbruggen van grenzen tussen bijvoorbeeld buitenwereld en organisatie door bijvoorbeeld vertalen van verschillende belevingswerelden),
- ontmoetingsplaatsen (organisatorische nabijheid door standaardisatie, relationele nabijheid door een gezamenlijk ethos, institutionele nabijheid door gezamenlijke regels en temporele nabijheid door een gemeenschappelijke visie op de toekomst) en
- begrenzingen (grenzen aangeven aan bijvoorbeeld verantwoordelijkheden, discretionaire ruimte te definiëren en afstand houden)

als manieren om te besturen. Dit zijn manieren om draagvlak te krijgen die niet gebaseerd kunnen worden op persoonlijk draagvlak aangezien in veel gevallen de persoonlijke relatie ontbreekt.

De commissie die het onderzoek bij de woningcorporaties heeft uitgevoerd, pleit voor een onderscheid in schaling tussen de organisatie (het bestuur), de financiering en de dienstverlening: financiering kan bijvoorbeeld op een andere schaal worden georganiseerd dan de dienstverlening. *"In de discussies zou in onze visie niet zozeer de vraag naar de optimale bestuurlijke schaal centraal moeten staan, maar de vraag hoe het beste klantgerichte dienstverlening hand in hand kan gaan met een robuust financieersmodel en een efficiënte sturing en beheersing. ... Bij deze voorbeelden is de vraag niet het groot- of kleinschalig organiseren, maar zijn de wijze van organiseren en de schaal van organiseren een afgeleide van het streven naar toegankelijkheid, herkenbaarheid en kwaliteit. En daarbij staat de dienstverlening dicht bij de klant zonder dat die iets merkt van de manier en de schaal waarop de financiering en de bestuurlijke organisatie zijn vormgegeven."* (Kamerstuk II 2014/15, 33606, nr. 9, p. 54-55).

Minister Schippers merkt in de Tweede Kamer op dat een fusie meerwaarde moet hebben en geen vlucht moet zijn (Kamerstuk II 2015/16, 32012, nr. 38). Onderzoek van Roos (2018) toont aan dat fuseren niet altijd een verbetering van de kwaliteit van zorg oplevert of gunstigere prijzen voor de geleverde zorg, vaak eerder het tegenovergestelde. Het publiek baseert haar mening niet op wetenschappelijke feiten. De uitkomstlegitimiteit wordt dan ook eerder verkregen door het gevoel dat er winst is behaald. Echter, wanneer dit gevoel niet bestaat (eerder het gevoel van verlies) en er geen bewijs is dat dit gevoel kan weerleggen, kan niet ontkracht worden dat andere factoren zoals statusverhoging of onkunde een rol spelen. Dit kan afbreuk doen aan de persoonlijke legitimiteit, namelijk het beeld van zorgbestuurders als bekwame managers.

### **3.8 Gedrag en karakter: rechtvaardigingsgronden**

Op basis van de onderzoeksdata blijkt dat zorgbestuurders voornamelijk binnen hun organisatie werken om hun *license to lead* te behouden. Voor het verkrijgen van draagvlak wordt niet alleen gebruik gemaakt van democratische methoden, maar eerder rechtvaardigen de geïnterviewde zorgbestuurders hun beleid op basis van hun eigen visie. Het leidende principe van 'goede zorg' is voor bestuurders de duidelijke vertaling van hun taak en de taak van de organisatie (zie paragraaf 3.6). Hierbij botsen soms de opvatting van de zorgbestuurder en de organisatie over wat bijvoorbeeld goede zorg is.

In de focusgroep van zorgbestuurders is de vraag gesteld: kunt u een casus schetsen waarin uw legitimiteit onder druk stond? De volgende casus zijn besproken:

- een situatie waarin de bestuurder een nieuwe divisiestructuur implementeerde,
- een situatie waarin het instellingsterrein waar cliënten woonden werd heringericht,
- een situatie waarin de raad van toezicht is teruggetreden,
- een situatie waarin een bestuurder besluit af te zien van een fusie en
- een situatie waarin de bestuurder besluit niet langer te concurreren met een vergelijkbare instelling in de regio, maar te gaan samenwerking door de zorg te verdelen op basis van inhoudelijke expertise.

De beschreven situaties zijn situaties waarin de bestuurders het als hun missie zien om de functie van de instelling, het leveren van goede zorg, zo goed mogelijk te vervullen. Dit gaat ook om de toekomstige zorg: is de organisatie in staat veranderingen het hoofd te bieden en klaar voor de volgende generatie zorgvragers? Hoewel er in de situaties sprake was van een verlies van legitimiteit over een bepaalde periode, was deze focus op zorgaanbod ook de belangrijkste manier om mensen uiteindelijk mee te krijgen.

De bestuurders uit de focusgroep zochten daarnaast naar legitimiteit in het proces. Zo maakte een bestuurder gebruik van *mediation* om draagvlak te creëren terwijl hij formeel ook een besluit had kunnen nemen zonder dit draagvlak. Transparantie wordt genoemd als belangrijke waarde, maar ook het met elkaar bespreken en uit onderhandelen ondanks dat de bestuurder formeel de macht heeft om de beslissing te nemen. Dit zoeken naar draagvlak richt zich voornamelijk op de medezeggenschapsorganen en medische staf.

De waardering voor het werk van de bestuurder komt in de meeste crisissituaties niet uit de organisatie, maar uit het gevoel het goede voor de organisatie te doen. Een bestuurder geeft zijn eigen overtuiging als volgt weer: "*Je bent je legitimiteit pas echt kwijt, als je club failliet gaat.*" Dit staat dus los van de mening van de omgeving. Op momenten is er getwijfeld door de leden van de focusgroep of ze niet ontslag moeten nemen. De koers opgeven lijkt echter geen optie: iemand moet het doen. Het volgen van persoonlijke waarden kan ook betekenen dat de bestuurder zijn legitimiteit 'teruggeeft': wanneer de uitkomst niet bijdraagt aan het gestelde doel (betere zorg), zal de bestuurder zijn conclusies trekken. Onder de bestuurders in de focusgroep is dit voorgekomen. Zijn de bestuurders altijd overtuigd van hun eigen gelijk? Ze zoeken wel bevestiging bij anderen wanneer iedereen tegen de voorgenomen plannen lijkt. Dit kan zijn door intervisie met collega's, sparren met de raad van toezicht, de medebestuurder of familie (zie ook paragraaf 3.3).

Het risico bij conflictsituaties is dat het een machtsstrijd wordt: wie is de baas in de instelling: de bestuurder of de raad van toezicht of de medezeggenschap of het ma-

nagement team of de specialisten? De uitkomst van het conflict is dan niet alleen een korte termijn overwinning, maar ook bepalend voor de machtsverdeling in 'het huis'. Bestuurders geven aan deze machtsstrijd te proberen te doorbreken door draagvlak te zoeken.

Bij de gehandicaptenzorg, ouderenzorg en geestelijke gezondheidszorg wonen cliënten ook op het terrein. De bestuurder beweegt zich dus met zijn beleid letterlijk in het huiselijke domein van deze cliënten. De medewerkers werken vaak ook al jaren bij deze cliënten 'in huis'. Bestuurders ondervinden weerstand wanneer ze de leefomgeving van cliënten aantasten.

Een zorgbestuurder brengt in één van de focusgroepen een casus in waarbij hij een bestuurder opvolgde met een heel grote *license to lead*, waardoor hij deze bestuurder nooit kon evenaren. Hierdoor bleef de functie steeds *ad interim* vervuld: er was niemand goed genoeg. Over het algemeen zien de leden van de focusgroep dat soms bewust een interimfase wordt ingebouwd om de nieuwe bestuurder weer een neutralere uitgangspositie te geven dan direct te benoemen na het vertrek van een voorganger (met een grote *license to lead*). De leden van de focusgroep omschrijven ook verschillende situaties waarin de erfenis van de voorganger bestond uit 'puin ruimen', bijvoorbeeld het opvolgen van een driehoofdig bestuur dat onderling niet goed met elkaar omging en in de organisatie ook een soort dieldeling van geledingen teweeg had gebracht. Het zichtbaar maken van problemen als nieuwe bestuurder in de organisatie kan volgens de groep ook bijdragen aan de *license to lead*. Dit kan soms 'niet netjes afstralen' op de voorganger: om de eigen *license to lead* te vergroten, wordt bewust de *license to lead* van de voorganger afgebroken. De focusgroep geeft aan dat de *license to lead* gebonden is aan de persoon wat het effect heeft dat ook de resultaten die een bestuurder bereikt gemakkelijk ongedaan gemaakt worden op het moment dat deze bestuurder weg is, zeker als zijn *license to lead* niet heel groot was.

Het belang van de verstandhouding met de collega-bestuurder is volgens de geïnterviewde bestuurders en *searchers* en de respondenten van de enquête dan ook groot. Collega-bestuurders kunnen een belangrijke rol spelen voor het behouden of verliezen van de *license to lead*. Ze zijn voor hun *license to lead* ook van elkaar afhankelijk: de raad van bestuur is een orgaan, wanneer de ene bestuurder zijn *license to lead* verliest, kan de ander deze ook kwijt raken. De bestuurder moet soms een afweging maken hoeveel zijn *license to lead* hem waard is: geïnterviewde bestuurders noemen hun eigen morele kompas als 'ondergrens': als hun eigen waarden worden overschreden, zouden ze hun *license to lead* moeten teruggeven. De vraag is of ze dit ook altijd zullen doen: dat kan wel het verlies van de baan betekenen. Wanneer een bestuurder het gevoel heeft dat

zijn collega morele grenzen overschrijdt, is hij ook de eerste die de *license to lead* van zijn collega ter discussie kan stellen in plaats van zelf weg te gaan. Een geïnterviewde bestuurder geeft aan die afweging te hebben gemaakt en uiteindelijk te hebben gekozen te blijven om deze reden.

Uit de interviews komt het beeld naar voren dat zorgbestuurders op organisatieniveau veel aandacht besteden aan het proces van besluitvorming. Dit doen ze op verschillende manieren. Ze zoeken draagvlak voor hun beslissingen bij medewerkers en cliënten/patiënten. Enerzijds willen ze hiermee het gevoel van betrokkenheid vergroten, anderzijds hopen ze ook draagvlak te vinden voor de uitkomst. Bij medewerkers proberen bestuurders ook een gevoel van verbondenheid te bereiken. Anderzijds houden bestuurders ook bewust een bepaalde afstand tot de organisatie om voelsprietten te blijven houden voor veranderingen in de buitenwereld en ook de langere termijn te betrekken. Dit vertaalt zich in de opmerking dat een bestuurder op een gegeven moment zijn effectiviteit verliest of, zoals in de Governancecode Zorg 2017 vastgelegd, dat bestuurders moeten blijven reflecteren of zij nog passen bij de opgaven waar de zorgorganisatie de komende jaren voor staat.

Uitkomst gaat wel voor op proces: het kunnen blijven leveren van goede zorg zien zorgbestuurders als hun primaire taak, waarbij soms ook 'harde' keuzes moeten worden gemaakt, soms tegen de wensen van de organisatie of de medebestuurders in.

### 3.9 Conclusie

Op basis van de praktijk kan worden gesteld dat de mate waarin draagvlak (zie figuur 1) wordt geworven, samenhangt met de dominante legitimiteitsvorm die wordt gehanteerd: persoonlijke legitimiteit, proceslegitimiteit of uitkomstlegitimiteit. Op basis van dit onderzoek lijkt de mate van draagvlak op de volgende manier te koppelen aan de verschillende legitimiteitsvormen.

Om **legitimiteit** te krijgen om te besturen is voornamelijk de manier waarop zorgbestuurders hun werk doen van belang (proceslegitimiteit). Op basis van de interviews en de enquête zijn er aanwijzingen dat zorgbestuurders veel tijd spenderen en veel belang hechten aan het meekrijgen van de interne organisatie bij besluitvorming. In het dagelijks werk besteden zorgbestuurders dus aandacht aan proceslegitimiteit. Dit komt deels door wetgeving waardoor belanghebbenden inspraak krijgen. De juridische normen die voor zorgbestuurders gelden, spelen hierbij een rol.

De bekwaamheid van de bestuurder ligt onder meer in het organiseren van het proces zodat alle belanghebbenden zich gehoord voelen en mee worden genomen in het

uiteindelijke besluit, maar ook in het houden van de regie dat dit uiteindelijke besluit leidt tot kwalitatief goede zorg en (in het geval van bezuiniging) zo min mogelijk negatieve effecten voor medewerkers en cliënten/patiënten. Proceslegitimiteit alleen is niet voldoende voor het hebben van een duurzame *license to lead*. Bijvoorbeeld omdat ook de belangen van belanghebbenden zonder stem, zoals toekomstige zorggebruikers, zouden moeten worden meegenomen om tot de beste beslissing te komen.

Ook bij de werving van een nieuwe zorgbestuurder is proceslegitimiteit steeds meer centraal komen te staan; *searchers* en raden van toezicht zoeken bij de werving van een nieuwe bestuurder bewust naar draagvlak door belanghebbenden - binnen en soms ook buiten de organisatie - bij het wervingsproces te betrekken. Bijvoorbeeld door werving op basis van een openbaar profiel. Dit draagt bij aan de legitimiteit van de bestuurder in de organisatie.

Om **goedkeuring** te krijgen zijn de kennis, keuzes en het gedrag van individuele zorgbestuurders van belang (persoonlijke legitimiteit). Dit heeft een intellectuele en een morele component. Welke kennis en inzicht voor een zorgbestuurder nodig zijn, hangt af van de tijd en context waarin wordt bestuurd. Zo is voor zorgbestuurders de nadruk meer op het zijn van verbinder dan het zijn van leider komen te liggen. Ook hebben de betrokkenheid bij het primaire proces en het betrekken van de medezeggenschap bij besluitvorming een grotere rol gekregen. Het profiel van het soort bestuurder dat nodig is, verandert wanneer zich nieuwe uitdagingen voordoen. Een bestuurder met een brede kennis en snelle leercurve zal eerder met deze veranderingen kunnen omgaan. Zoals eerder gesteld is er meer nadruk komen te liggen op het systeem van professionaliseren en het ontwikkelen van het 'vak' van besturen. De NVZD werkt bewust aan het vergroten van de *license to lead* van zorgbestuurders als collectief door vakontwikkeling: het verder ontwikkelen en invulling geven aan wat het 'vak' van zorgbestuurder inhoudt. Deze ontwikkelingen kunnen bijdragen aan het draagvlak van de zorgbestuurder, zowel op individueel niveau als voor de bestuurders als collectief. De accreditatie biedt gedeeltelijk een antwoord op de negatieve publiciteit rond zorgbestuurders en zorgbestuurders bouwen daarmee actief aan hun *license to lead*. De accreditatie stelt echter geen ondergrens voor bekwaam bestuur waardoor het in die zin geen *license to practice* biedt: de accreditatie richt zich niet zozeer op de bekwaamheid van zorgbestuurders als wel op de bereidheid van zorgbestuurders om zich te ontwikkelen. Die ondergrens is wel van belang voor de toegevoegde waarde van het accreditatiesysteem, maar hoeft niet per se in het systeem zelf geborgd te worden, ook andere *gatekeepers* kunnen een *license to practice* creëren door bijvoorbeeld het eisen van een bepaald professionaliseringspad bij de werving van zorgbestuurders door raden van toezicht. Hoewel de introductie van marktwerking tijdelijk heeft geleid tot het benadrukken van rollen als ondernemer en er

een tijd een scheiding is geweest tussen bedrijfskundig opgeleide bestuurders en medisch opgeleide bestuurders, lijken deze werelden nu steeds meer samen te komen en is er juist druk van buitenaf voor garanties voor nog meer zorginhoudelijke betrokkenheid en maatschappelijke oriëntatie van zorgbestuurders. Deze oriëntatie beïnvloedt de sociale waardering voor het handelen van de bestuurder, waarbij ondernemerschap bijvoorbeeld minder waardering krijgt dan voorheen.

Om **vertrouwen** om te besturen tot stand te brengen, is het voornamelijk van belang dat zorgbestuurders zichtbaar maken dat ze effectief en doelmatig handelen, daardoor met hun werk bijdragen aan het brengen van de organisatie naar een volgende fase danwel de organisatie stabiel houden en een bijdrage leveren aan goede, toegankelijke en betaalbare zorg voor de instelling, de regio en/of het stelsel (uitkomstlegitimititeit). De bestuurder brengt deze uitkomsten tot stand in verbinding met de organisatie en buiten de grenzen van de organisatie. Dit bouwen vereist het treden buiten bestaande praktijken om de organisatie en/of het stelsel verder te helpen, en de focus ligt daarmee op vernieuwing. Duurzaamheid van het draagvlak is hierbij van belang om de behaalde uitkomsten te bereiken en te bestendigen. Om dit te bereiken is het nodig dat bestuurders veranderingen weten vorm te geven en daarbij draagvlak en beïnvloedingsmacht weten te creëren. In de praktijk vergroten ze hun beïnvloedingsmacht onder meer door schaalvergroting. Door de invulling van het besluitvormingsproces kunnen veranderingen worden ‘verankerd’, bijvoorbeeld wanneer voor een nieuwe organisatievorm of governancestructuur wordt gekozen. De veranderingen die doorgevoerd worden, hebben zo effect op de staat van de organisatie die de bestuurder achterlaat.

Het leidende principe van ‘goede zorg’ is voor bestuurders de duidelijke vertaling van hun taak en de taak van de organisatie. Hierbij botsen soms de opvatting van de bestuurder en de organisatie over wat bijvoorbeeld goede zorg is. Uit de enquête en de interviews komt dus niet het beeld naar voren dat bestuurders draagvlak zien als enige factor voor hun werk. In de keuzes die zij maken, spelen ook andere afwegingen een rol. Zo zoeken ze ook naar manieren om de belangen van de cliënten/patiënten die zich niet goed kunnen laten horen en het bredere maatschappelijke belang bij besluitvorming een rol te laten spelen, zoals het behoud van zorg voor bepaalde cliënten/patiënten in een regio. De geïnterviewde zorgbestuurders vertrouwen hierbij ook op hun eigen ervaring en waardenafweging. Wel betreft de bestuurder in het uitzetten van de koers de verschillende belangen, maar hij vaart hier vooral op zijn eigen inzicht wat deze belangen zijn. Persoonlijke overtuigingen spelen dus een belangrijke rol. Het lijkt bestuurders eerder te gaan om het meekrijgen van belanghebbenden in de door henzelf geformuleerde koers dan om het creëren van een koers met de belanghebbenden gezamenlijk.

Op basis van het voorgaande kan aan de mate van draagvlak de dominante vorm van legitimiteit worden gekoppeld:

Mate van draagvlak	Dominante vorm van legitimiteit
Vertrouwen	Uitkomstlegitimiteit
Goedkeuring	Persoonlijke legitimiteit
Legitimiteit <sup>29</sup>	Proceslegitimiteit

**Figuur 19:** de relatie tussen de mate van draagvlak en de dominante vorm van legitimiteit.

In de praktijk spelen de elementen die de *license to lead* bepalen op de verschillende niveaus van de individuele zorgbestuurder, de raad van bestuur als orgaan en zorgbestuurders als collectief een verschillende rol.

### 3.9.1 De *license to lead* van de individuele zorgbestuurder

Op basis van de interviews, focusgroep en enquête lijkt de manier waarop individuele zorgbestuurders in de praktijk bouwen aan hun *license to lead* voornamelijk bepaald door:

- de machtsstructuur in de organisatie. Alhoewel zorgbestuurders over het algemeen academische en postacademische opleidingen hebben gevolgd en gemiddeld 25 jaar managementervaring hebben, beroepen ze zich niet primair op de bekwaamheid om gezag af te dwingen. De persoonlijke relaties van de zorgbestuurder met relevante belanghebbenden en de vraag wie in de organisatie bepalend is/zijn, beïnvloeden de persoonlijke legitimiteit van de zorgbestuurder. Dit speelt volgens de geïnterviewde bestuurders en de focusgroep een belangrijke rol bij draagvlakcreatie.
- de intellectuele kennis, kunde en het gedrag van de zorgbestuurder zelf. De in het vorige punt genoemde kennis en ervaring lijken zorgbestuurders vooral nodig te hebben om in het proces van besluitvorming draagvlak te vinden. Ze gebruiken hun kennis en ervaring dus wel, maar niet als legitimiteitsgrond op zichzelf (niet: 'ik heb ervoor gestudeerd, dus ik wil verder geen discussie', maar: 'ik heb ervoor gestudeerd om de discussie in goede banen te leiden').
- de morele kennis, keuzes en gedrag (ervaringsinzicht hoe het goede te doen en de keuze om daarnaar te handelen), zijn van belang bij de gezochte uitkomst van de zorgbestuurder. Deze richt zich over het algemeen op het leveren van goede zorg, maar wat dit inhoudt en voor welke zorg de bestuurder verantwoordelijk is, is niet eenduidig bepaald. Wanneer geen overeenstemming kan worden bereikt met belanghebbenden over wat goede zorg inhoudt, kiezen bestuurders soms voor

30 De ondergrens kan ook worden aangeduid als het verwerven van acceptatie, zie figuur 1.



wat hen het beste lijkt boven de meningen van anderen, ook wanneer ze hierdoor draagvlak van belanghebbenden verliezen. Wanneer blijkt dat de keuzes van de bestuurder gunstig uitwerken voor de belanghebbenden kan hiermee het draagvlak ook weer worden teruggewonnen.

### 3.9.2 De *license to lead* van raden van bestuur

In de praktijk beïnvloeden de persoonlijke relaties en wie in de organisatie bepalend is/zijn (machtsstructuur) in belangrijke mate de persoonlijke legitimiteit van de raad van bestuur (de status die de raad van bestuur heeft). In de praktijk kan een slimme omgang met macht de raad van bestuur meer draagvlak opleveren dan bijvoorbeeld vakbekwaamheid. Ook voor raden van bestuur, net als voor individuele zorgbestuurders, geldt dus dat niet altijd de beste raad van bestuur (qua kennis, kunde en ervaring) ook het meeste draagvlak krijgt. Of dit in iedere organisatie geldt en in welke mate, valt op basis van dit onderzoek niet te zeggen.

Voor raden van bestuur als orgaan spelen de formele (in wet- en regelgeving en andere institutionele teksten verankerde) machtsstructuren een belangrijke rol bij de manier waarop het besluitvormingsproces wordt vormgegeven. Oftewel het naleven van wet- en regelgeving is voor de proceslegitimiteit een belangrijke maatstaf. Maar ook hier, net als bij individuele zorgbestuurders, geldt dat het naleven van wet- en regelgeving alleen niet voldoende is. De manier waarop de raad van bestuur de organisatie door de veranderende context en eisen van de omgeving weet heen te sturen, bepaalt hun proceslegitimiteit. Voelt de ondernemingsraad zich bijvoorbeeld gehoord wanneer door bezuinigingsmaatregelen ontslagen vallen?

In de praktijk worden ook raden van bestuur (net als individuele zorgbestuurders) afgerekend (bepalend voor hun uitkomstlegitimiteit) op een moreel gedragen uitkomst (namelijk een uitkomst waarover overeenstemming bestaat bij belanghebbenden als de best mogelijke uitkomst waarbij de waarden die van belang zijn op een goede manier zijn gewogen). In dit hoofdstuk is inzichtelijk gemaakt dat overeenstemming over wat de best mogelijke uitkomst is, niet altijd zo makkelijk te bereiken valt. Bijvoorbeeld het leveren van de best mogelijke zorg lijkt op het eerste gezicht wellicht een uitkomst waarover weinig discussie kan ontstaan. Maar op het tweede gezicht kan er een groot verschil in invulling zijn van wat onder goede zorg moet worden verstaan. Zo kan het zijn dat de raad van bestuur de best mogelijke zorg ziet als de meest effectieve en doelmatige zorg en de patiëntenraad dit ziet als de meest persoonsgerichte zorg. Het kan dan zijn dat de raad van bestuur in zijn ogen de organisatie in staat stelt de best mogelijke zorg te leveren, maar dit toch niet leidt tot (uitkomst-)legitimiteit. Of de resultaten kunnen worden bereikt door de raad van bestuur, hangt ook af van de fase

waarin de organisatie zich bevindt: wanneer deze onder bijzonder beheer staat, zal het financieel op orde brengen van de organisatie prioriteit hebben boven het verbeteren van het zorgproces.

### **3.9.3 De *license to lead* van zorgbestuurders als collectief**

In de praktijk is de afgelopen jaren in institutionele teksten, waaronder wet- en regelgeving, aangescherpt aan welke criteria een zorgbestuurder moet voldoen. Dit is de graadmeter voor de mate van draagvlak voor zorgbestuurders in de semipublieke *setting*, omdat gebrek aan draagvlak leidt tot institutionalisering. Deze institutionele teksten leiden tot een breder gedragen inzicht in wat goed bestuur is en waaraan goede bestuurders moeten voldoen. Bij het ontwikkelen van deze teksten draagt ook het debat over goed bestuur bij aan een gedragen normenkader voor goed bestuur. Door bijvoorbeeld te benoemen dat het beste voor de maatschappij en het beste voor de organisatie niet altijd hetzelfde zijn (denk aan het verlenen van verliesgevende zorg) en hier een bestuurlijk dilemma kan ontstaan, is geëxpliciteerd dat de maatschappelijke doelstelling voor gaat voor de organisatiedoelstellingen.

De NVZD besteedt aandacht aan vakontwikkeling waarbij normen voor professioneel bestuur worden geëxpliciteerd.

Voor de inrichting van het wervingsproces van zorgbestuurders, zo blijkt uit de interviews en de focusgroep, is op collectief niveau minder aandacht. Ook de veranderende context is een uitdaging waar individuele zorginstellingen en hun bestuurders aandacht aan besteden, wellicht in sector- of regionaal verband, maar waaraan niet door zorgbestuurders als collectief richting wordt gegeven.







## **4** Theoretische verdieping



## 4.1 Inleiding

De thema's die uit de analyse van de interviews en focusgroep naar voren kwamen, zijn gebruikt om te zoeken in wetenschappelijke teksten. In dit hoofdstuk worden de gevonden wetenschappelijke uitgangspunten en theorieën besproken.

### Niveaus waarop de *license to lead* wordt gevormd

Er zijn door het combineren van de interviews en focusgroep met de literatuur elementen gevonden die van invloed zijn op de *license to lead* van zorgbestuurders. Het gaat om

1. systeemkenmerken,
2. organisatiekenmerken en
3. persoonskenmerken

(deze niveaus komen overeen met figuur 2 in paragraaf 1.2). Deze drie typen kenmerken zijn gebruikt als 'kapstok' voor de theorie in de paragrafen 4.2, 4.3 en 4.4 van dit hoofdstuk.

Op systeemniveau (1) beïnvloedt de wijze waarop de zorg georganiseerd is welke belanghebbenden de *license to lead* kunnen verlenen, vergroten en ontnemen. Stelselwijzigingen bepalen welke (verander)opgaven zorgbestuurders hebben en beïnvloeden daarmee de *task difficulty* en de uitkomstlegitimiteit en dus ook de *license to lead* van zorgbestuurders. Het morele kader voor het handelen van zorgbestuurders wordt onder andere gevormd door de juridische kaders voor zorgbestuurders. Op basis van wet- en regelgeving wordt gekeken welke elementen een zorgbestuurder een goede (als in: legitieme) zorgbestuurder maken. Ook andere institutionaliseringstendensen op systeemniveau zijn van invloed op de *license to lead*, namelijk vakontwikkeling van zorgbestuurders als collectief en de manier waarop de werving van zorgbestuurders is vormgegeven.

Op organisatieniveau (2) werken deze systeemkenmerken door. Daarnaast is de specifieke organisatiecontext relevant. De fase waar de organisatie zich in bevindt en hoe met macht<sup>31</sup> wordt omgegaan in de organisatie zijn hierbij op basis van de theorie relevante factoren voor de *license to lead*. Op basis van organisatiekundige theorieën

---

31 Salancik en Pfeffer (1977) omschrijven macht als het vermogen om dingen gedaan te krijgen op de manier waarop je wilt dat ze gedaan worden. In deze dissertatie wordt waar nuttig een onderscheid gemaakt tussen autoriteit/gezag (morele macht), formele status (positiemacht) en/of afdwingbaarheid (machtsmiddelen).

wordt gekeken welke elementen een zorgbestuurder een goede (als in: effectief en doelmatig<sup>32</sup>) zorgbestuurder maken.

Ten slotte beïnvloeden op individueel niveau persoonskenmerken (3) van de bestuurder zijn *license to lead*. Hierbij spelen zijn professionaliteit, zijn deugdzame karakter<sup>33</sup>, hoe hij omgaat met (systeem)veranderingen en hoe hij zijn handelen rechtvaardigt (zie voetnoot 9) een rol. Oftewel zijn kennis en kunde, zijn karakter en zijn gedrag beïnvloeden de *license to lead* van de zorgbestuurder. Op basis van management-, leiderschapsliteratuur en organisatiekundige literatuur wordt gekeken welke elementen een zorgbestuurder een goede (als in: professionele) zorgbestuurder maken. Op basis van de deugdenethiek wordt gekeken naar het deugdzame karakter. Ook vormen van rechtvaardigingsgronden en hoe deze de *license to lead* beïnvloeden worden besproken.<sup>34</sup>

## 4.2 Systeemniveau

### 4.2.1 De semipublieke setting

De zorg is een publieke dienst die wordt verleend door private dienstverleners. Hetzelfde geldt voor onderwijs en sociale woningbouw. Het collectief van organisaties met

32 Met 'effectief' wordt het antwoord op de vraag bedoeld: wordt het doel bereikt?

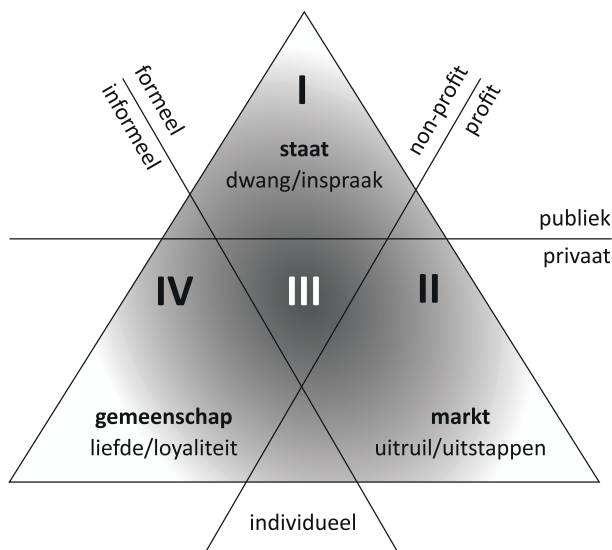
Met 'doelmatig' wordt het antwoord op de vraag bedoeld: zijn de middelen die zijn ingezet de meest geëigende om het doel te bereiken?

33 Een deugdzaam karakter wordt in deze dissertatie beschouwd langs lijnen van het werk van Aristoteles: het gaat om de intellectuele en morele kennis, keuzes en gedrag bedoeld om het beste te doen, voortkomend uit een bestendige dispositie. Aristoteles ziet deugden/karakter als onderscheiden van intellect. Zijn opvatting over intellectuele en morele kennis zijn in deze definitie samengevat, maar de definitie komt dus niet direct van Aristoteles. Overigens vallen alle kenmerken uit paragraaf 4.4 onder deze definitie. Voor de leesbaarheid worden ze apart besproken, waarbij in paragraaf 4.4.2 het morele element van het karakter wordt uitgelicht. Deugden komen volgens Aristoteles voort uit een dispositie: *"Met disposities bedoel ik datgene wat we hebben op grond waarvan het goed of slecht met ons gesteld is ten aanzien van de emoties. We hebben bijvoorbeeld een slechte dispositie ten opzichte van woede als we op heftige wijze of ongeremd woedend worden."* (Aristoteles, 350 v.C./Hupperts en Poortman (vert.) 2005, p.135). Vrij vertaald gaat het om het vermogen tot zelfbeheersing. Deugdzaam handelen vraagt een bestendige dispositie, anders zou een deugdzame handeling ook een 'toevalstreffer' kunnen zijn (vergelijk Aristoteles, 350 v.C./Hupperts en Poortman (vert.) 2005, p. 109).

34 Kets de Vries (2007) verbindt organisatie- en persoonskenmerken in een driehoek van organisatie-/omgevingscontext, ondergeschikten en de leider. De aspecten die hij noemt (karaktertypen en waarden/attitudes en overtuigingen van leider en ondergeschikten, groepscohesie, de positie en ervaring van de leider, leiderschapsstijl, de aard van de taak, de fase van de organisatie, variabelen in de organisatie, bedrijfscultuur, aard van de bedrijfstak en de sociaaleconomische/politieke omgeving) komen in dit hoofdstuk terug. Daaraan wordt hier kennis van de bestuurder toegevoegd. De manier van rechtvaardigen en de omgang van bestuurders met verandering zouden onderdeel kunnen uitmaken van wat Kets de Vries 'leiderschapsstijl' noemt.



dit kenmerk wordt ook wel omschreven als de 'derde sector'. Alle organisaties in deze sector hebben gemeen dat ze *caring organizations* zijn: "*Care for others on a voluntary basis, directed at a more or less defined and exclusive "other," is regarded as their common denominator.*" (Brandsen e.a., 2005, p. 751). Ook interacteren ze met de overheid, de markt en de gemeenschap. De mate van interactie verschilt tussen organisaties en ook in de tijd. Brandsen e.a. (2005) omschrijven vier types 'derde sector organisaties', weergegeven in figuur 20 (gebaseerd op Pestoff, 1992, en Zijdeveld, 1999). Figuur 20 laat zien dat sommige organisaties in de derde sector formeler georganiseerd zijn dan andere en dat organisaties dichterbij en verder weg van de eerste, tweede en vierde sector geplaatst kunnen worden. Voor zorgorganisaties geldt dat er variaties zijn tussen verschillende organisaties: de gemeenschap kan informeel zorg verlenen aan elkaar, ze kan daarbij georganiseerd raken, subsidie krijgen of winst gaan maken en dus bewegen van het snijvlak met de vierde sector naar het snijvlak met de eerste of tweede sector (Brandsen e.a., 2005, p. 753).

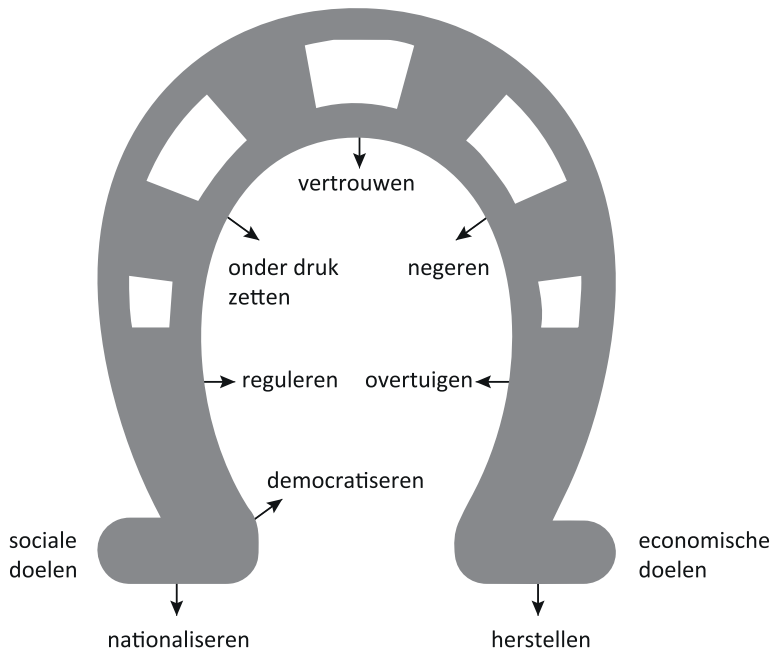


**Figuur 20:** de verhouding tussen staat, markt, gemeenschap en de derde sector, gebaseerd op Brandsen e.a., 2005, p. 752, die het model hebben ontwikkeld naar Pestoff, 1992 en Zijdeveld, 1999.

Hoe dichterbij organisaties op het raakvlak van een andere sector komen, des te meer ze onderhevig zijn aan het regime van die sector. Dit gebeurt niet vanzelf: organisaties en hun bestuurders kunnen hierbij een actieve rol spelen. Vanuit de organisatie kunnen professionals of cliënten/patiënten initiatieven nemen die leiden tot beweging richting een andere sector, bijvoorbeeld om de positie van de organisatie te versterken. Maar ook vanuit de omgeving kunnen initiatieven komen, bijvoorbeeld van de gemeenschap die vrijwilligerswerk op zich neemt ten behoeve van een zorginstelling.

Mintzberg (1985, p. 47) omschrijft de invloed van het snijvlak waar de organisatie zich bevindt op de handelingsruimte van de bestuurder als volgt: *"The various viewpoints on corporate control can be laid out along a political spectrum, from nationalization at one end to restoration of shareholder power at the other. From the managerial perspective, however, those two extremes are not so far apart."*

*Both call for direct control of the corporation's managers by specific outsiders: in one case by the government, to ensure the pursuit of social goals; in the other by the shareholders, to ensure the pursuit of economic ends. It is the moderate positions - notably, trusting the corporation to the social responsibility of its managers - that are furthest from these extremes. Seen in this way, the spectrum assumes the shape of a horseshoe."*



**Figuur 21:** Politiek spectrum van ingrijpen in organisaties door bijvoorbeeld politiek of aandeelhouders. Gebaseerd op de 'conceptual horseshoe' van Mintzberg, 1985, p 49.

Dus de mate van vertrouwen die een organisatie krijgt, is medebepalend voor hoeveel controle er is op het werk van de bestuurder. Wanneer er weinig vertrouwen is, zal de

buitenwereld (afhankelijk van het snijvlak de overheid, de markt of de gemeenschap) meer geneigd zijn om directe controle uit te oefenen.<sup>35</sup>

De zorg is in Nederland geregeld op het snijvlak tussen publiek en privaat. Er zijn verschillende mechanismen waarmee de zorg wordt gereguleerd en gecontroleerd. Het doel is om de zorg voor eenieder die deze nodig heeft toegankelijk te houden ondanks een toenemende zorgbehoefte door onder andere vergrijzing (zie ook paragraaf 4.2.3). De introductie van marktwerking en tegelijkertijd de toenemende overheidsregulering hebben effect op de besturing van zorgorganisaties (zie onder meer Putters, 2009).

Het verkrijgen van de *license to lead* voor zorgbestuurders als collectief wordt beïnvloed door deze semipublieke *setting*. Deze bepaalt de taakstelling van zorgbestuurders en daarmee de uitkomstlegitimiteit. Ook bepaalt het de proceslegitimiteit, namelijk wie de belanghebbenden zijn en hoe hun belangen moeten worden meegewogen bij een beslissing (zie paragraaf 4.4.3). Wanneer draagvlak voor zorgbestuurders als collectief afneemt, is het mogelijk dat regulerings- of zelfs nationaliseringstendenzen optreden waarmee ook de handelingsruimte voor raden van bestuur en individuele zorgbestuurders kan afnemen.

#### 4.2.2 Wie de *license to lead* kan ontnemen

De zorg bevindt zich dus in een meervoudigheid van institutionele ordes: staat, markt, maatschappelijk middenveld<sup>36</sup> en professionele zelfregulering (Helderman, 2007, Bal, 2008 en Putters e.a., 2009). Elke institutionele orde kent haar eigen sturing. Bij de staat is de dominante vorm van sturing regulering, bij de markt het contract, bij het maatschappelijke middenveld het (corporatistisch) overleg en bij de professionele zelfregulering gedeelde normen (Bal, 2008). De sturing is dus afhankelijk van de institutionele orde waarin een bepaalde sector zich bevindt (Bal, 2008 en Putters e.a., 2009). Sturingsinstrumenten in de zorg zijn opgezet omdat er veel verschillende publieke belangen tegelijkertijd in het geding zijn in deze sector. Deze hebben onder andere betrekking op de kwaliteit van de zorg, de toegankelijkheid, efficiëntie, solidariteit, werkgelegenheid, sociale zekerheid, milieu, hygiëne, financiële stabiliteit en het voorkomen van fraude (Putters e.a., 2009). Hoek schrijft in zijn dissertatie dat er in de gezondheidszorg sprake is

35 Leiders hebben een belangrijke rol bij het verkrijgen van het vertrouwen voor de organisatie (Miao e.a., 2014) oftewel vertrouwen in de organisatie is verbonden met vertrouwen in de leidinggevenden (Wong e.a., 2003). Uit onderzoek blijkt dan ook dat managers hun handelen bewust rechtvaardigen op een manier waarvan ze verwachten dat dit bijdraagt aan hun legitimiteit en dus aan het vertrouwen dat in hen en hun organisatie wordt gesteld (Sitkin en George, 2005, Long, 2018). Draagvlak, handelingsruimte en vertrouwen zijn dus aan elkaar verbonden.

36 Waarmee wordt bedoeld burgers en hun belangenbehartigers.

van drie governance-werelden (publieke, private en professionals-governance), waarbij de ene governance wereld niet belangrijker is dan de andere (2007, p. 234). Tegelijkertijd stelt hij ook dat de publieke governance voor een groot deel de kaders en het speelveld bepalen voor beide andere governance werelden (2007, p. 234). De eerdergenoemde *conceptual horseshoe* van Mintzberg (zie paragraaf 4.2.1) laat zien dat bij verschillende governance regimes verschillende manieren van sturing passen. Hierna worden sturingsinstrumenten uit het publieke, private, markt en professionele domein besproken.

### Publieke domein

Bij de publieke functie van zorginstellingen past overheidstoezicht. De Autoriteit Consument en Markt (ACM) controleert fusies en overnames ([www.acm.nl](http://www.acm.nl)). De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) bevordert betaalbaarheid, toegankelijkheid en transparantie van de zorg. Ze houdt markttoezicht op basis van de Wet marktordening gezondheidszorg. De Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) bewaakt en bevordert de veiligheid en kwaliteit van de zorg. De IGJ handelt onder andere op basis van klachten (in 2017 waren dit er 7000). Daarnaast handelt zij op basis van eigen risico inschatting. De IGJ kan strafrechtelijk onderzoek doen, een last onder dwangsom en bestuurlijke boetes opleggen. Daarnaast kan de IGJ waarschuwingen geven, aanwijzingen en zelfs bevelen geven. Een andere maatregel is het onder verscherpt toezicht stellen van een instelling. De IGJ en NZa doen ook gezamenlijk onderzoek.<sup>37</sup> De IGJ betreft ook de raad van toezicht bij haar toezicht op goed bestuur. De NZa kan een aanwijzing geven, een last onder bestuursdwang of dwangsom opleggen of een bestuurlijke boete opleggen (artikel 78, 80 Wet marktordening gezondheidszorg). De minister van VWS kan op grond van artikel 27 van de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz) en artikel 9.3 eerste lid van de Jeugdwet een zorgaanbieder een aanwijzing geven met als doel de praktijk in overeenstemming te brengen met de wettelijke normen. De inhoud van de aanwijzing kan zijn een concrete opdracht of de verplichting om een deskundige bij te plaatsen in de raad van bestuur of raad van toezicht en als ultieme maatregel het uitbreiden met of vervangen van één of meer leden van de raad van toezicht of raad van bestuur.<sup>38</sup> De minister heeft dus een formele bevoegdheid om de *license to lead* van een zorgbestuurder te ontnemen. Deze bevoegdheid is gemandateerd aan de IGJ (wat betekent dat de IGJ onder verantwoordelijkheid van de minister een aanwijzing kan geven, maar dat de minister ook nog steeds bevoegd is om het zelf te doen).

37 [www.igj.nl](http://www.igj.nl) geraadpleegd 28 mei 2018.

38 Kamerstuk II, 2015/16, 32012, nr. 35, p. 8-9: "De afgelopen jaren ligt het aantal gegeven aanwijzingen op jaarbasis in de langdurige zorg en de curatieve zorg tezamen in de orde van 15 à 20."

Bij Zorggroep Alliade leidde in 2016 de constatering dat de schijn van belangenverstrengeling was gewekt, hoewel er volgens de IGJ (toen nog IGZ) en NZa formeel geen regels waren overtreden, tot een serie aanbevolen maatregelen van de inspecties. Eén van de maatregelen die de instelling heeft genomen, was het ontslaan van de directeuren.<sup>39</sup> Deze casus kwam aan het licht op basis van berichtgeving in de media, die dus ook een rol spelen bij het bepalen van op welke zorginstellingen toezicht wordt gehouden en bij de vraag wat toelaatbaar is. Hier heeft de IGJ dus direct invloed uitgeoefend op het verlies van de *license to lead* van de directeuren zonder formeel ingrijpen.

Hoewel de NZa, de ACM en de IGJ in het huidige zorgstelsel ieder hun eigen taken en verantwoordelijkheden hebben en de taakverdeling in samenwerkingsprotocollen nader is uitgewerkt, is er op sommige terreinen toch sprake van samenloop van bevoegdheden en spanningen door tegengestelde normen (Legemaate e.a., 2013).

Op grond van de WTZi worden zorginstellingen toegelaten tot de zorgsector en mogen daarmee zorg verlenen en contracten sluiten met verzekeraars. Ook hierbij geldt overheidstoezicht. Wanneer niet voldaan wordt aan de eisen in de WTZi en Wkkgz kan de zorginstelling een last onder bestuursdwang of dwangsom opgelegd krijgen en is de minister van VWS bevoegd de toelating in te perken of in te trekken (artikelen 13 en 14 WTZi). De aanpassingswet op de WTZi, die op het moment van schrijven, 7 december 2018, in behandeling is bij de Tweede Kamer, maakt dat voor deze toelating nadere voorwaarden worden gesteld.

De minister van Binnenlandse Zaken handhaaft de WNT. Wanneer een bestuurder een hogere bezoldiging krijgt dan volgens de wet toegestaan is, krijgt de zorginstelling een last onder dwangsom opgelegd (artikel 5.4 WNT). De overtreding wordt openbaar gemaakt. Niet zozeer de last onder dwangsom alswel de openbaarmaking kan de *license to lead* van zowel de individuele zorgbestuurder als van zorgbestuurders als collectief schaden door negatieve publiciteit en publieke verontwaardiging.

Als het gaat om overheidstoezicht is de combinatie van overheidsbevoegdheid met de rol van de media van belang voor de *license to lead* van zorgbestuurders.

---

39 En na een tweede onderzoek, verschenen in maart 2019, het ontslaan van de voorzitter van de raad van bestuur.

### Private domein

De interne toezichthouder, de raad van toezicht dan wel de raad van commissarissen, past bij een overheid op enige afstand en komt voor in het private domein en bij andere semipublieke organisaties.

In de statuten van stichtingen is geregeld wie de bestuurder benoemt en ontslaat (artikel 2:286 lid c Burgerlijk Wetboek). Op grond van de Governancecode Zorg 2017 is de raad van toezicht hiertoe bevoegd (artikel 6.5.2), net als voor jaarlijkse functioneringsgesprekken met de leden van de raad van bestuur (artikel 7.2).

In het private domein is dus de rol van de raad van toezicht van belang voor de *license to lead* van een zorgbestuurder.

### Marktdomein

In het marktdomein geldt een centrale rol voor belanghebbenden die naar de rechter kunnen stappen (artikel 10 lid 2 Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen, Wmcz). Zo heeft een centrale cliëntenraad via de Ondernemingskamer bewerkstelligd dat een onderzoek wordt gestart door de kamer naar tegenstrijdig belang dan wel (de schijn van) belangenverstrengeling van de bestuurder (Gerechtshof Amsterdam (2018), 30-04-2018, ECLI:NL:GHAMS:2018:1465). Op grond van artikel 2:298 BW kan een bestuurder van een stichting die iets doet of nalaat in strijd met wettelijke of statutaire bepalingen of die zich schuldig maakt aan wanbeheer ook door de rechter worden ontslagen op verzoek van het openbaar ministerie of van iedere belanghebbende. Deze bestuurder kan na zijn ontslag voor vijf jaar geen bestuurder meer zijn van een stichting.

Ook kunnen in het marktdomein banken, verzekeraars en het Waarborgfonds voor de Zorgsector (WFZ) bij contractering eisen stellen aan goed bestuur en zij doen dit ook in de praktijk.

Zowel door wetgeving als door de afhankelijkheden die een zorginstelling heeft van zijn omgeving, kunnen in het marktdomein zowel interne als externe belanghebbenden druk uitoefenen op de *license to lead* van een zorgbestuurder.

### Professionele domein

In het professionele domein van zorgbestuurders zelf zijn de accreditatie en de Governancecommissie van het Scheidsgerecht gezondheidszorg handhavingsinstrumenten van de normen van goed bestuur. Bij het Scheidsgerecht gezondheidszorg is een Governancecommissie ingesteld die kan toetsen op een eventuele schending van de Governancecode Zorg 2017. Hier zijn in 2015, 2016 en 2017 samen in totaal vier zaken

behandeld. In 2018 zijn vijf zaken behandeld. De commissie geeft een zwaarwegend, maar geen bindend advies. De brancheorganisatie waarbij de betrokken instelling aangesloten is, kan vervolgens maatregelen nemen, zoals opzegging van het lidmaatschap (<https://www.actiz.nl/nieuws/web/ouderenzorg/open/2017/12/de-governancecode-zorg-en-bv-constructies>).

Het handhavingsinstrumentarium in het professionele domein is beperkt, namelijk het opzeggen van het lidmaatschap van de beroepsvereniging (de NVZD) wanneer een bestuurder niet geaccrediteerd is dan wel, indirect, van de betreffende branchevereniging wanneer een organisatie zich niet houdt aan het advies van de Governancecommissie.

Binnen verschillende institutionele ordes zijn er dus bevoegdheden gecreëerd om een individuele zorgbestuurder en in het verlengde daarvan de raad van bestuur zijn positie en daarmee zijn *license to lead* te ontnemen. Die worden in de praktijk ook gebruikt.

#### 4.2.3 Veranderende context

De taakstelling van zorgbestuurders wordt bepaald door de semipublieke *setting*, zoals gezegd in paragraaf 4.2.1. In de '*Volksgesondheid Toekomst Verkenning 2018*' (Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, 2018) voorspelt het RIVM dat de uitgaven aan de gezondheidszorg in 2040 zullen zijn verdubbeld ten opzichte van 2015. Dit gaat gepaard met een stijging van de levensverwachting van gemiddeld 4,5 jaar. Dit komt volgens het rapport voor een derde deel door vergrijzing en bevolkingsgroei. Doordat ziekten beter behandeld kunnen worden, leven mensen ook langer door met een aandoening. Andere factoren zijn (technologische) vernieuwingen: met het ontdekken van nieuwe behandelmethoden stijgen ook de behandelkosten. De groei houdt niet altijd gelijke tred met de mate waarin de aandoening wordt voorkomen (RIVM, 2018).

Met een betekenisvolle verandering in de context is verandering van de organisatie dikwijls noodzakelijk of onvermijdelijk (Drucker, 1994). In deze paragraaf wordt de veranderende context voor zorgorganisaties en hun bestuurders besproken.

Janssen (2017) omschrijft op basis van zijn eigen ervaring als zorgbestuurder en op basis van literatuur de situatie van GGZ-instellingen die in de periode 2000-2010 met elkaar fuseren waardoor ze buiten hun eigen regio gingen opereren en waarmee de tien grootste organisaties samen bijna de helft van de totale sectorale omzet voor hun rekening nemen. Dit heeft de markt veranderd. Andere ontwikkelingen in de GGZ markt die Janssen in zijn oratie omschrijft zijn de komst van nieuwe toetreders vanaf 2008 die als 'spelveranderaars' worden gezien omdat zij door hun specialistische karakter in staat zijn de kosten te drukken en daarmee door verzekeraars worden gebruikt om tarieven

onder druk te zetten. In 2012 werd in het bestuurlijk akkoord GGZ een reductie van 30% van de klinische capaciteit afgesproken. Dit bracht onder andere een uitdaging hoe om te gaan met het vastgoed dat door deze ontwikkeling leeg zou komen te staan.

Door de financiële crisis zijn allerlei maatregelen genomen om de risico's van niet-gedekte leningen bij banken en voorschotbetalingen bij verzekeraars te reduceren. Het effect hiervan is dat de eisen aan zorginstellingen zijn aangescherpt, pas achteraf wordt vergoed op basis van daadwerkelijk geleverde zorg en leningen minder gemakkelijk verkregen worden. Het overbrengen van de verantwoordelijkheid voor delen van de zorg naar de gemeenten leidt bovendien tot fragmentatie. Verschillende gemeenten, banken en verzekeraars stellen verschillende eisen aan zorginstellingen voor het contracteren. In de verschillende sectoren spelen verschillende 'dreigingen' op verschillende momenten door verschillende regimes van wet- en regelgeving (Janssen, 2017).

Deze systeemveranderingen worden niet alleen beïnvloed door veranderingen in beleid en bezuinigingsmaatregelen op landelijk niveau, maar ook door een veranderend beeld wat goede zorg is. Zo heeft ambulantisering plaatsgevonden: zorg is gericht op het behandelen van mensen in hun eigen omgeving. Ook verwachten burgers wat anders van hun zorgverlener: burgers zijn kritischer geworden en er is minder 'natuurlijk gezag' voor artsen en andere zorgverleners. Door de verlengde levensverwachting en toenemende behandel mogelijkheden hebben burgers het idee van maakbaarheid en daarmee hooggespannen verwachtingen van zorg. Door de vergrijzing is aan de andere kant de grens van wat mogelijk is in zicht: de zorg kan niet aan iedereen geboden worden wanneer niet wordt bezuinigd (Putters, 2017).

Een deel van de zorginstellingen bevindt zich, door maatregelen vanuit de overheid om te komen tot kostenreductie gericht op het betaalbaar houden van het zorgstelsel, in een stadium van beheersing waarbij de focus ligt op het 'overeind' blijven van de instelling en het toegankelijk houden van de zorg, met weinig ruimte voor verbeteringen in het zorgproces. Dit kan de legitimiteit van zorgbestuurders negatief beïnvloeden en heeft daarmee een negatief effect op de *license to lead* van zowel de betreffende zorgbestuurder/raad van bestuur als van zorgbestuurders als collectief.

Voor individuele zorgbestuurders, raden van bestuur en daarmee zorgbestuurders als collectief zal de manier waarop ze omgaan met deze veranderende context van invloed zijn op zowel hun proces- als uitkomstlegitimiteit. Voor individuele zorgbestuurders kan de professionele omgang met deze uitdagingen bovendien hun persoonlijke legitimiteit beïnvloeden.



#### 4.2.4 Juridische normstelling

Zoals gezegd in het theoretisch kader beïnvloedt institutionalisering de (duurzaamheid van de) *license to lead*. In de afgelopen 25 jaar zijn regels voor goed bestuur, zowel openbaar, als semipubliek, als privaat, in wet- en regelgeving en codes en kaders verankerd. Deze regels richten zich bijvoorbeeld op het proces van besluitvorming: dit moet op een eerlijke, transparante manier plaatsvinden. De achtergrond is dat hiermee de ongelijke machtsverhouding tussen bestuur en degenen die bestuurd worden, wordt rechtgetrokken: de machtige partij dient zich te houden aan bepaalde regels. In bijlage 2 is een overzicht van wet- en regelgeving en codes en kaders opgenomen. Samengevat gelden de volgende normen voor zorgbestuurders:

Norm	Verankering
<b>Behoorlijk bestuur</b>	BW, WTZi
<b>Zorgvuldige besluitvorming</b>	Wmcz, Governancecode Zorg 2017, Kader IGZ-NZa
<b>Gemotiveerde besluitvorming</b>	Governancecode Zorg 2017, Kader IGZ-NZa
<b>Gelijke behandeling</b>	Governancecode Zorg 2017
<b>Verbod op machtsmisbruik</b>	Governancecode Zorg 2017
<b>Afspraak is afspraak</b>	Governancecode Zorg 2017
<b>Verantwoordelijk zijn</b>	Governancecode Zorg 2017, Kader IGZ-NZa
<b>Toetsbaar/transparant zijn</b>	NVZ, Governancecode Zorg 2017, Kader IGZ-NZa, WTZi, Wmcz
<b>Gepaste beloning bij publieke taak</b>	WNT
<b>Integriteit (belangenverstrengeling)</b>	Governancecode Zorg 2017, Kader IGZ-NZa, BW
<b>Verantwoording afleggen</b>	Governancecode Zorg 2017, Kader IGZ-NZa, Wkkgz, Jeugdwet
<b>Betrekken van belanghebbenden</b>	Governancecode Zorg 2017, Kader IGZ-NZa, Wmcz
<b>Doelgerichtheid en doelmatigheid</b>	Governancecode Zorg 2017, Kader IGZ-NZa
<b>Lerend en zelfreinigend vermogen</b>	Governancecode Zorg 2017, Kader IGZ-NZa
<b>Deskundigheid en competentie</b>	Governancecode Zorg 2017, Kader IGZ-NZa
<b>Zelf invulling geven aan waardenkader en dit zichtbaar maken in cultuur en gedrag</b>	Governancecode Zorg 2017
<b>In control zijn</b>	Kader IGZ-NZa, Jeugdwet
<b>Bewaken, beheersen en verbeteren kwaliteit van zorg</b>	Wkkgz

**Figuur 22:** juridisch normenkader voor zorgbestuurders met verwijzing naar de bron.

Hieruit is het volgende te concluderen: *een goede zorgbestuurder neemt zorgvuldige, gemotiveerde besluiten waarin hij gelijke gevallen gelijk behandelt, belanghebbenden betreft en geen ander doel beoogt dan dat waarvoor hij bevoegd is. De bestuurder neemt verantwoordelijkheid, houdt zich aan zijn afspraken, is toetsbaar en open, legt verantwoording af en verdient een maatschappelijk verantwoorde beloning. Hij waakt voor belangenverstrengeling, leert van fouten en is deskundig en competent en in control. Hij is in staat*

*een waardenkader te ontwikkelen dat past bij de context van de eigen instelling. Daarbij bewaakt, beheerst en verbetert hij de kwaliteit van zorg systematisch. Zorgbestuurders als collectief weren slechte bestuurders.*<sup>40</sup>

Bovenstaande typering van de goede zorgbestuurder kan worden gezien als het kader waarbinnen de zorgbestuurder zijn *license to lead* kan verwerven, waarbij de normstelling gebaseerd is op de politieke vertaling in wetgeving van de maatschappelijke opvatting van een goede zorgbestuurder gecombineerd met de eigen opvatting van zorgbestuurders hierover in de Governancecode Zorg 2017. Het bevat ook elementen van de *license to lead* als moreel kader. Ook geeft het weer hoe de *license to lead* wordt geïnstitutionaliseerd: in wet- en regelgeving en codes en kaders wordt invulling gegeven aan wat een bestuurder een goede zorgbestuurder maakt. Hierbij is ook van institutionalisering afgezien: er is geen wet goed bestuur in de zorg gekomen of een door de overheid opgelegde gedragscode, vanuit de gedachte dat moreel gedrag zich niet op deze manier laat dwingen (zie bijlage 2). Op papier zitten hier dus allerlei elementen van de *license to lead* in.

#### 4.2.5 Vakontwikkeling

Professionele standaarden ontwikkelen zich door de tijd en in de context. Wat wordt gezien als professie is niet statisch en het woord 'professie' wordt ook gebruikt in verschillende contexten en met verschillende betekenissen.<sup>41</sup>

Het idee dat voor bepaalde beroepen professionele vaardigheden en gekwalificeerde training nodig zijn, is voor het eerst vastgelegd in Engeland in 1541 (Barnhart 1988, p.

40 In Kamerstuk II 2015/16, 32012, nr. 35 (p. 3) staan de eisen die gesteld worden aan de raden van bestuur en raden van toezicht als volgt samengevat:

- “- Open en integer
- Omgevingsbewust en participatief
- Doelgericht en doelmatig
- Lerend en zelfreinigend
- Verantwoordend en transparant”

Hierin ontbreekt een aantal van de genoemde elementen:

- Zorgvuldig en eerlijk
- Verantwoordelijk en betrouwbaar
- Gepast beloond en deskundig
- Vormend in waardenkader, cultuur en gedrag
- In control en gericht op verbetering

41 Zo gaan *job crafting* theorieën ervanuit dat individuen de inhoud van hun werk kunnen veranderen door andere taken uit te voeren of door de interactie tussen verschillende taken te veranderen of door de grenzen van hun kennis en relaties te verruimen (Wrzesniewski en Dutton, 2001).

844). In de negentiende eeuw ontstonden de eerste beroepsgroepen met expert-kennis, namelijk de medische, juridische en kerkelijke beroepen. Deze beroepsgroepen wilden een autonome positie verwerven ten opzichte van zowel de staat als de private sector (Elliot, 1972). Hiervoor werd een eigen kwaliteitskader met eigen sanctie maatregelen ontwikkeld. Ook werd toegang tot de beroepsgroep exclusief: de groep zelf bepaalde wie er wel en niet bij mocht horen aan de hand van objectieve standaarden. Het werk van de groep was voorbehouden aan die specifieke beroepsgroep: zonder tot de groep te behoren was (en is) het (bij wet) verboden de diensten te leveren.

Noordegraaf e.a. (2015, p. 2) omschrijft een professie als: *"a vocation founded upon specialised educational training, the purpose of which is to supply objective counsel and service to others, for a direct and definite compensation, wholly apart from expectation of other business gain."* Hij vervolgt: *"Professional societies and its members are characterised by some extent of internal regulation and quality control, autonomy, power, status and prestige. There are two sides to such regulation: (a) the distinct right of professionals to perform acts that people are otherwise forbidden to do and (b) an obligation of the professions to organise internal control of quality of work. Only with obvious quality of work, transparent quality control and a not unreasonable honorarium for services, society is willing to trust the professions."*<sup>42</sup> Bij een professie hoort een beroepsgroep die interne regulering heeft. Dit wordt ook onderschreven door Hoek (2007, p. 30): *"In professionals governance wordt de macht van de individuele beroepsbeoefenaar ingeperkt door de professionele standaards, de opleiding, de visitatie en de registratie. En als dat niet voldoende is, meestal ook nog door een vorm van eigen tucht recht."*

In de professionaliseringsliteratuur wordt de manier waarop en met welk doel de term 'professie' wordt gebruikt ook wel als *professional talk* gelabeld (Watson, 2002). Het gaat om een bewuste actie vanuit een beroepsgroep om zichzelf als beroepsgroep neer te zetten. Watson (2002) beargumenteert dat *professional talk* waardegeladen is en dat wetenschappers het meer neutrale woord *occupation* (in het Nederlands: werk/functie/baan) zouden moeten bezigen. *'Professionalism, in certain of its usages, tends to be a "bandwagon" idea—a vehicle used to further or defend particular occupational interests.'* (p. 94-95) Het gebruiken van *professional talk*, dus de manier waarop vakontwikkeling

---

42 Dit citaat komt uit een *position paper* en vat andere omschrijvingen van een professie samen, zie ook Carr-Saunders, 1928, Freidson, 1994, Greenwood, 1953 en Noordegraaf, 2007. Noordegraaf en Van der Meulen, 2008 en Van der Meulen, 2009 geven aan dat de pilaren van een professie bestaan uit cognitieve mechanismen (zoals kennis en scholing), normatieve mechanismen (zoals selectiecriteria, gedragscodes en sancties) en symbolische mechanismen (zoals toelatingsrituelen en een dienstverleningsethos).

wordt gebruikt om de belangen van een specifieke groep te bevorderen, in plaats van de professionalisering zelf zou onderwerp moeten zijn van wetenschappelijk onderzoek volgens hem.

Uit de definitie van een professie blijkt dat hier onmiskenbare voordelen aan zitten: autonomie, exclusiviteit, macht, prestige en status. *"In an article explaining the advantages that would follow from this achievement [erkend worden als beroepsgroep], the director general pointed to three benefits: (1) "It recognises the professionalism, body of knowledge and practical competence of our members" (i.e., "We have joined the premier league of professional bodies"); (2) "It makes us even more of a 'must belong' body for anyone who is professionally involved in people management and development"; and (3) "Our charter means that we are recognised as a 'must consult' body by policymakers in government and elsewhere on the whole range of people issues and work" (Armstrong 2000, 54). In his celebration of this occupational body's new status, its main spokesperson pressed a whole series of emotionally positive "buttons" that imply high occupational status, expert knowledge, social closure, and national influence."* (Watson, 2002, p. 103) Een baan een professie noemen is soms onderdeel van de strategie om bepaalde groepen met status te bekleden. Het verwerven van status en prestige kan op zichzelf de reden zijn om te 'professionaliseren' (Watson, 2002). Becker merkt in dit kader op: *"professions" are "simply those occupations which have been fortunate enough in the politics of today's work world to gain and maintain possession of that honorific title"* (Becker, 1970, p. 92). In de literatuur rond professionalisering wordt er, zoals gezegd, vaak vanuit gegaan dat beroepsgroepen zichzelf als zodanig profileren om zo hun belangen te behartigen (Parkin, 1974 en Watson, 2002). Hierom en gezien het feit dat de definitie van wat een professie is, verandert door de tijd, is het interessanter om de *professional talk* te ontleden dan om de vraag te beantwoorden of zorgbesturen een professie is (immers: dat hangt ervan af vanuit wiens perspectief, op welk moment en in welke context).

Een belang waarvoor vakontwikkeling wordt ingezet is om de reputatie van een specifieke groep te verbeteren. Schinkel en Noordegraaf (2011) vergelijken functionele omschrijvingen van wat een professie is naast machtsgeoriënteerde benaderingen. In de functionele omschrijvingen is interne controle en exclusiviteit van belang omdat de *professionals* een ingewikkelde taak hebben en lastige situaties behandelen, waarbij ze varen op hun unieke kennis. De machtsgeoriënteerde benaderingen zien de strijd om het label 'beroepsgroep' als een machtsstrijd waarbij bepaalde *professionals* kennis claimen ten opzichte van anderen (een voorbeeld hiervan is wanneer bestuurders zich afzetten tegen managers) en onderling (specialisaties binnen een beroepsgroep). Volgens deze benaderingen is er geen functionele noodzaak om een unieke status als professie te claimen, maar kan het een tactische zet zijn.

MacIntyre onderscheidt, in aansluiting op de deugdenethiek van Aristoteles, praktijken en instituties. MacIntyre definieert een praktijk als een gezamenlijke activiteit, waarin wordt gestreefd naar het zo goed mogelijk uitvoeren van de activiteit (MacIntyre 1984 in Beauchamp 2001). MacIntyre (1984 in Beauchamp 2001, p. 199): *"A practice is any coherent and complex form of socially established cooperative human activity through which goods internal to the form of activity are realized in the course of trying to achieve those standards of excellence which are appropriate to, and partially definitive of, that form of activity, with the result that human powers to achieve excellence, and human conceptions of the ends and goods involved, are systematically extended."* Praktijken zijn bijvoorbeeld de activiteiten van ouder, leraar of arts. Praktijken kunnen worden gevonden in instituties, disciplines en professies. Praktijken hebben een geschiedenis en traditie en de deelnemers aan de praktijk worden geacht bepaalde deugden te cultiveren en in stand te houden (Beauchamp, 2001, p. 199). De *goods internal to the form of activity* zijn specifiek voor die praktijk, bijvoorbeeld specifieke kennis. Er zijn ook *external goods* zoals status en inkomen. Deze kunnen op allerlei manieren worden verkregen en zijn dus niet intrinsiek verbonden aan de praktijk. Het verschil tussen praktijken en instituties is volgens MacIntyre dat instituties meer bezig zijn met *external goods* en gestructureerd zijn in termen van macht en status. Praktijken kunnen niet overleven zonder instituties, maar zijn niet hetzelfde. Een essentiële functie van een deugd is om de *'corrupting power of institutions'* die een negatieve invloed heeft op praktijken te weerstaan (Beauchamp, 2001, p. 199). Daarmee biedt deugdzaam handelen (zie paragraaf 4.4.2 voor een nadere invulling hiervan) een tegenwicht tegen corrumperende effecten van instituties. Deze benadering van MacIntyre sluit aan bij de vorige alinea en is interessant voor dit onderzoek aangezien de kritiek op zorgbestuurders zich juist richt op 'graaien' en op 'vriendjespolitiek' ofwel de *external goods* van de praktijk van zorgbestuurders (voor zover dit een praktijk is en geen instituut). Voor het vergroten van de *license to lead* is dit onderscheid tussen *internal goods* en *external goods* interessant, omdat in het publieke debat weinig aandacht is voor de *internal goods* van zorgbesturen (voor zover die er zijn. Uit dit onderzoek blijkt van wel).

MacIntyre koppelt deze *internal goods* aan *standards of excellence* (MacIntyre 1984 in Beauchamp 2001, p. 201-202): *"A practice involves standards of excellence and obedience to rules as well as the achievement of goods. To enter into a practice is to accept the authority of those standards and the inadequacy of my own performance as judged by them. It is to subject my own attitudes, choices, preferences and tastes to the standards which currently and partially define the practice. Practices of course, as I have just noticed, have a history: games, sciences and arts all have histories. Thus the standards are not themselves immune from criticism, but nonetheless we cannot be initiated into a practice without accepting the authority of the best standards realized so far."* Praktijken hebben dus bepaalde best prac-

*tices*. Wanneer we dit koppelen aan de deugdenethiek is het moreel kader (gedefinieerd als de meer of minder intersubjectieve - opvattingen over wat de goede uitkomsten, goede werkwijzen en goede motieven zijn) voor zorgbestuurders in te vullen door het nastreven van excellentie voor het zijn van zorgbestuurder.

Vakontwikkeling kan dus in termen van functionele omschrijvingen bijdragen om de unieke kennis en kunde van zorgbestuurders te definiëren en hierop te controleren. Volgens machtsgeoriënteerde benaderingen kan het succesvol neerzetten van zorgbesturen als professie bijdragen aan het verkrijgen van autonomie, macht, status en prestige. Voor de *license to lead* is relevant of vakontwikkeling plaatsvindt en of dit leidt tot draagvlak om te besturen. Hierbij zijn een aantal elementen die een functie tot professie maken van belang, zoals zelfreinigend vermogen, dat door de beroepsgroep wordt bepaald wie tot de groep wordt toegelaten, het hebben van autonomie en het idee dat er *expert knowledge* vereist is. Ook is relevant welke *expert knowledge* dit volgens wetenschappelijke inzichten zou moeten zijn. Dit laatste wordt in paragraaf 4.4.1 besproken.

#### 4.2.6 Wervingsproces

Werving en selectie is een aparte industrie en apart onderzoeksdomein. Voornamelijk psychologen hebben allerlei selectiemethoden ontwikkeld voor werving. Hollenbeck (2009) noemt onder andere: interviews, testen, *assessments*, 360 graden feedback, talent management, het regelmatig bekijken door het bestuur van het potentieel in de organisatie en gedragscompetentiemodellen bedoeld om selectie en ontwikkeling te sturen. In hetzelfde artikel geeft Hollenbeck aan dat er een aparte groep *searchers* is voor het werven van het topniveau van de organisatie. Psychologen hebben hierbij een beperkte rol en middelen zoals *assessments* worden op dit niveau minder gebruikt (Hollenbeck, 2009).

De manier waarop geworven wordt en wat de selectiecriteria zijn, zijn afhankelijk van tijd en context. In paragraaf 4.2.1 is het semipublieke karakter van zorginstellingen geschetst. Dit karakter bepaalt mede wie de selectieprocedure voert, hoe de procedure

loopt en wie er benoemd wordt als zorgbestuurder.<sup>43</sup> Verschillende soorten organisaties vereisen verschillende methoden voor het werven van bestuurders, Hollenbeck (2009): *"Companies such as J&J, General Electric (GE), and Proctor & Gamble almost never hire executives from outside. Organizations focused on shortterm turnarounds with intense immediate pressures for results are likely, and rightfully so, to focus on competence: can the executive do the job required now. Character can wait until later."*

In het bedrijfsleven is een grote variëteit aan organisaties met een even grote variëteit aan wervingsmethodieken voor bestuurders. Zo kunnen personen zelf een organisatie oprichten waar ze vervolgens bestuurder van worden zonder wervingsproces, bestuurders kunnen voortkomen uit de organisatie zelf via *management development* programma's, geworven worden via openbare werving of in het eigen netwerk van raden van commissarissen en bestuur of via een *searchbureau*.<sup>44</sup>

In Nederland geldt voor overheidsinstellingen dat de Algemene Bestuursdienst (ABD) topambtenaren traint en werft. De ABD is als het ware een publiek *searchbureau*. Zij stellen het functieprofiel mee op en doen de voorselectie van kandidaten op basis van het curriculum vitae en oriënterende gesprekken. Vervolgens heeft de kandidaat bij de departementale selectieronden een gesprek met een selectiecommissie en een draagvlakcommissie die bestaat uit een afvaardiging van de organisatie-eenheid, aangevuld met een lid van de ondernemingsraad. De ABD heeft een eigen visie op publiek leiderschap. Topmanagement bij de overheid wordt aangesteld voor een vastgestelde periode van maximaal zeven jaar. De 559 personen die 'in de kaartenbak' van de ABD zitten, staan op de website vermeld. Daarnaast voert de ABD ook loopbaangesprekken met talenten die door de departementen als zodanig worden aangemerkt en biedt de ABD een ontwikkelaanbod aan topambtenaren.<sup>45</sup>

43 Zo schrijft Salancik over Amerikaanse ziekenhuisbestuurders: *"Not surprisingly, the characteristics of administrators predictably reflect the funding context of the hospitals with which they are associated. Those hospitals with larger proportions of their budget obtained from private insurance companies were most likely to have administrators with backgrounds in accounting and least likely to have administrators whose professions were business or medicine. In contrast, those hospitals with larger proportions of their budget derived from private donations and local governments were most likely to have administrators with business or professional backgrounds and least likely to have accountants. The same held for formal training in hospital management. Professional hospital administrators could easily be found in hospitals drawing their incomes from private insurance and rarely in hospitals dependent on donations or legislative appropriations."* (Salancik en Pfeffer, 1977, p. 15).

44 Hierbij kan ervaring met voorgaande bestuurders een rol spelen: Hollenbeck (2009) geeft aan dat in Amerika naast succesfactoren organisaties vaak ook een lijst met faalfactoren van bestuurders hebben.

45 [www.algemenebestuursdienst.nl](http://www.algemenebestuursdienst.nl), geraadpleegd op 22 mei 2018.

Incidenten bij private organisaties met publieke taken hebben er bij woningcorporaties, banken en verzekeraars toe geleid dat de benoeming van bestuurders in (in ieder geval) twee stappen gebeurt: eerst moet er toestemming zijn op basis van een overheidstoets en daarna benoemt de interne toezichthouder. Zowel het private als het publieke element van de sector vertaalt zich in de wijze van aanstelling. Voor zorgbestuurders geldt de eerste stap niet: alleen de interne toezichthouder gaat over de benoeming.

Bij woningcorporaties is er de 'fit en proper test'. Deze is ingericht naar aanleiding van een rapport van de commissie Kaderstelling en Toezicht Woningcorporaties (commissie Hoekstra) eind 2012 die stelt dat voor vormen van zelfregulering alle ruimte is, *'maar in de schaduw van de hiërarchie'* (p. 11), vanwege de verantwoordelijkheid die de minister van volkshuisvesting heeft voor woningcorporaties. Extern toezicht staat voorop, vanwege het publieke belang van de sector. In de Woningwet is bepaald: *"alvorens de raad van toezicht bestuurders die natuurlijke personen zijn/commissarissen benoemt, verzoekt de toegelaten instelling Onze Minister om zijn zienswijze op de geschiktheid van die personen voor het lidmaatschap van het bestuur/raad van toezicht en de betrouwbaarheid van die personen aan haar kenbaar te maken."* (artikel 25 lid 2 Woningwet)

In het Besluit toegelaten instellingen volkshuisvesting is dit nader uitgewerkt (artikel 19 lid 1): de zienswijze van de minister heeft in elk geval betrekking op:

*"a. de geschiktheid van de beoogde bestuurder of commissaris, blijkend uit diens opleiding, diens werkervaring, vakinhoudelijke kennis en de competenties, genoemd in bijlage 1 bij dit besluit, en*

*b. de betrouwbaarheid van de beoogde bestuurder of commissaris, blijkend uit diens handelen of nalaten of voornemens daartoe en uit de antecedenten, genoemd in bijlage 2 bij dit besluit."*

De minister betreft bij zijn zienswijze de aard en zwaarte van de functie waarvoor de beoogde bestuurder of commissaris in aanmerking wordt gebracht, en de aard en de omvang van de werkzaamheden van de instelling. Ook hier, net als bij de ABD, ligt een visie op leiderschap ten grondslag aan de gehanteerde methodieken.<sup>46</sup>

<sup>46</sup> [https://www.ilent.nl/onderwerpen/goedkeuringen-autoriteit-woningcorporaties/documenten/publicaties/2016/12/01/beoordelingskader-geschiktheid-en-betrouwbaarheid,geraadpleegd op 22 mei 2018](https://www.ilent.nl/onderwerpen/goedkeuringen-autoriteit-woningcorporaties/documenten/publicaties/2016/12/01/beoordelingskader-geschiktheid-en-betrouwbaarheid,geraadpleegd%20op%2022%20mei%2018).



Bestuurders van banken en verzekeraars worden getoetst door De Nederlandse Bank (DNB). Zij toetsen de betrouwbaarheid en geschiktheid van kandidaten. Deze toets is in twee fasen ingevoerd: eerst werd de kennis en deskundigheid getoetst, hier is daarna de geschiktheid aan toegevoegd. De financiële crisis en het verlies van vertrouwen van burgers in banken worden als aanleiding genoemd door de minister van Financiën (Kamerstuk II 2010/11, 31980, nr. 16).

Voor de zorg gelden dergelijke wettelijke toetsen niet. In de wet is niet geregeld hoe een bestuurder van een stichting wordt benoemd, enkel dat dit in de statuten moet worden geregeld. In de Governancecode Zorg 2017 staat dat de raad van toezicht de raad van bestuur benoemt (artikel 6.5.2). De raad van toezicht dient een profielschets op te stellen en zich te vergewissen voorafgaand aan de benoeming van het werkverleden van een bestuurder, diens integriteit, kwaliteit en geschiktheid voor de functie en of er belangentegenstellingen of nevenfuncties zijn die de bestuurder in het uitoefenen van zijn functie kunnen belemmeren (artikel 6.5.3). De raad van toezicht benoemt tevens haar eigen leden. Voor de benoeming van raad van toezicht leden wordt geregeld dat de inbreng van raad van bestuur, cliëntenraad en ondernemingsraad wordt meegenomen en dat openbaar wordt geworven (artikelen 6.2.1, 6.2.4 en 6.3.1). Voor de benoeming van raden van bestuur wordt inspraak en openbare werving niet geregeld in de code. Wel geldt op basis van de Wet medezeggenschap cliëntenraden zorginstellingen dat de cliëntenraad adviesrecht heeft (dit is niet nader omschreven, zie artikel 3 lid 1f en 2 Wmcz) en op basis van de Wet op de Ondernemingsraden dat de ondernemingsraad adviesrecht heeft (artikel 25 lid 1a en 2 WOR). Naast dit adviesrecht en het opstellen van een profielschets zijn er dus geen vereisten voor de procedure van het werven van de bestuurder. De benoeming door de raad van toezicht geldt bij stichtingen. Bij andere rechtsvormen (coöperaties, verenigingen of besloten vennootschappen) hebben de leden of aandeelhouders (soms tevens bestuurder) een belangrijke rol bij de benoeming van een bestuurder.

De institutionalisering die in andere sectoren heeft plaatsgevonden, is dus bij de zorgsector niet tot stand gekomen. Er is wel in de Tweede Kamer een aantal malen gesproken over een bestuurderstoets die vergelijkbaar zou zijn met de toetsen in genoemde sectoren, maar de minister van VWS heeft aangegeven dat dit niet nodig is, aangezien de accreditatie door zorgbestuurders zelf is ingevoerd als toets (bijvoorbeeld Kamerstuk II 2014/15, 32012, nr. 33, zie ook bijlage 1).

Openbare werving kan leiden tot transparantie en daarmee bijdragen aan proceslegitimiteit. Het opstellen van een profielschets en het openbaar maken hiervan kan bijdragen aan de persoonlijke legitimiteit, omdat kennis en kunde van de nieuwe bestuurder

expliciet zijn getoetst. De legitimiteit heeft zowel betrekking op zorgbestuurders als collectief als op individuele zorgbestuurders (en in het verlengde daarvan de raad van bestuur). Hoe werving in de praktijk de *license to lead* van zorgbestuurders als collectief, raden van bestuur en individuele zorgbestuurders beïnvloedt, wordt in hoofdstuk 5 besproken.

### 4.3 Organisatieniveau

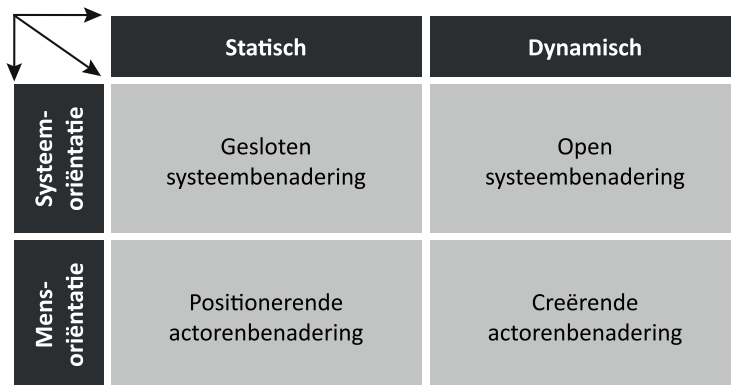
#### 4.3.1 Macht

Hoe machtsstructuren in een organisatie zijn vormgegeven, bepaalt mede de manier waarop een zorgbestuurder in zijn organisatie aan draagvlak kan bouwen. Machtsstructuren maken onderdeel uit van de 'organisatiecultuur'. Onder de cultuur van een organisatie verstaat Schein (1983, p. 1-2) *"een patroon van basale aannames bedacht, ontdekt of gecreëerd door een specifieke groep in de omgang met zijn problemen van externe aanpassing en interne integratie die goed genoeg werken om als geschikt te worden gezien en daarom worden geleerd aan nieuwe leden als de correcte manier om te kijken naar, te denken over en te voelen in relatie tot die problemen"*.

Hopfl (1999) onderscheidt drie vormen van macht gebaseerd op de Latijnse woorden voor macht: *auctoritas*, *potestas* en *potentia*. *Auctoritas* noemt hij morele autoriteit (gezag). Deze is gebaseerd op morele verbondenheid, niet op juridisch bindende afspraken. *Auctoritas* geeft het recht om naar geluisterd te worden en te worden gerespecteerd, maar niet het recht om te commanderen. Deze vorm van macht is persoonlijk, contingent (contextbepaald) en niet overdraagbaar. Het is ook cultuurafhankelijk: waar in veel culturen juist senioriteit status geeft, wordt in modern Europa vaak juist een vernieuwende visie gezien als een statusbepaler. *Potestas* is macht verkregen op basis van het hebben van een positie: het zijn van zorgbestuurder geeft macht (formele/positiemacht). Deze positie en de bijbehorende macht kunnen worden gedeeld (met andere bestuurders of door middel van delegatie/mandatering) en zijn (in principe) overdraagbaar. *Potentia* ten slotte zijn machtsmiddelen (waarmee macht wordt of kan

worden afgedwongen).<sup>47</sup> Van de drie vormen van macht is *auctoritas* de meest waardevolle. Immers, degene die gehoorzaamt op basis van *auctoritas* gehoorzaamt vrijwillig. Echter, het is ook persoonsgebonden. Om deze te institutionaliseren is een verbinding nodig tussen *auctoritas* en *potestas*, in dit geval de functie van zorgbestuurder. Hoe dit wordt bereikt, met welke machtsmiddelen, is van belang voor de duurzaamheid van de verbinding. Dit raakt ook de drie onderzoeksniveaus (individuele zorgbestuurder, raad van bestuur, zorgbestuurders als collectief), omdat het erover gaat of een individuele bestuurder in staat is zijn *license to lead* te verankeren voor de raad van bestuur als orgaan. In de conclusie wordt hierop gereflecteerd.

Hoe macht (zowel gezag als positiemacht) binnen een organisatie kan worden verkregen, hangt af van de dominante oriëntatie van de organisatie. Hierbij kunnen systemen of actoren centraal worden gezet (Luscuere in De Caluwé en Vermaak, 2001, p. 154). Het gaat om een vierdeling waarbij op de y-as systeemoriëntatie en mensoriëntatie staan en op de x-as statisch en dynamisch:



	Statisch	Dynamisch
Systeem-oriëntatie	Gesloten systeembenadering	Open systeembenadering
Mens-oriëntatie	Positionerende actorenbenadering	Creërende actorenbenadering

**Figuur 23:** model om inzichtelijk te maken hoe macht binnen een organisatie kan worden verkregen, gebaseerd op Ten Have, 2011, p. 137, gebaseerd op Luscuere, 2001, p. 154.

47 Kor e.a. (1991) noemen acht bronnen van macht:

1. deskundigheid (kennis en ervaring),
2. fysieke macht,
3. persoonlijkheid (uitstraling),
4. toegang tot informatie via netwerk,
5. formele positie en daarbij behorende sanctieinstrumenten en
6. beloningsinstrumenten
7. het kunnen geven van opdrachten en
8. het krijgen van steun van personen.

In de omschrijving in deze paragraaf kunnen 1 en 3 leiden tot gezag, 2, 5 en 7 tot positiemacht (waar ze overigens ook uit voort komen) en 4, 6 en 8 tot één van beiden, afhankelijk van de manier waarop ze worden ingezet.

- Bij een gesloten systeembenadering horen termen als (re)productie en beheersing. De gesloten systeembenadering is sterk intern gericht en draait om het registreren en corrigeren van de (eenmaal) vastgestelde norm.
- Bij de open systeembenadering horen termen als creatie en aanpassing.
- In de positionerende actorenbenadering draait het om het krachtenveld en de machtsverdeling. Het gaat niet zozeer om de interactie, maar om de individuele belevingswereld. Hiërarchie is van belang.
- Bij de creërende actorenbenadering draait het juist wel om interactie en daarbij behorende leerprocessen en betekenisgeving.

Bij de systeembenadering gaat het om de organisatie als technisch-rationele entiteit, als economisch of technisch systeem. Bij de actorenbenadering gaat het om de organisatie als sociaal-emotionele entiteit, het sociaal en politiek systeem (Ten Have, 2011, p. 137). Bij de statische benaderingen ligt de nadruk op meer geïnstitutionaliseerde elementen. Bij open systemen en creërende actoren is meer ruimte voor processen van creatie, interactie, leren en betekenisgeving.

Voor het bouwen aan draagvlak zal bij een positionerende actorenbenadering positie-macht van belang zijn en kan draagvlak bijvoorbeeld worden gecreëerd door bevriende personen op belangrijke posities te plaatsen. Bij een creërende actorenbenadering speelt gezag en de omgang met de omgeving en het proces van besluitvorming een rol bij het verkrijgen van draagvlak. Bij een gesloten systeembenadering is de invloed die de bestuurder weet uit te oefenen op de inrichting van het systeem een relevante factor om draagvlak te krijgen. Bij een open systeembenadering zal een bestuurder die zichtbare resultaatsverbetering tot stand brengt zijn *license to lead* kunnen vergroten.

#### 4.3.2 Fase van de organisatie

Ook de fase waarin de organisatie zich bevindt speelt een rol bij het bouwen aan de *license to lead*. Greiner (1998) omschrijft zes levensfasen van een organisatie:

- 1) De pioniersfase. Groei ontstaat door creativiteit (ruimte voor flexibiliteit en gedrevenheid).
  - Door groei kan een leiderschapscrisis ontstaan: de individualistische/ad hoc manier van leidinggeven die eerst goed werkte, werkt door schaalvergroting niet meer.
- 2) De managementfase. Groei door (formeel) leiderschap.
  - Door groei kan een autonomiecrisis ontstaan: het leiderschap en de organisatie is geformaliseerd. Deze centrale hiërarchie kan tot frustratie leiden en een ervaren gebrek aan verantwoordelijkheid voor managers, die meer taken krijgen, maar vaak ook nog inhoudelijk werk doen.

- 3) De decentralisatiefase. Groei door delegatie (aan midden managers).
  - Managers ervaren meer autonomie, totdat door groei een beheerscrisis ontstaat omdat de autonomie te groot wordt en er geen centrale sturing meer mogelijk is.
- 4) De standaardisatiefase. Groei door coördinatie(systemen). Afstemming wordt geformaliseerd en gesystematiseerd.
  - Door een toename aan regels en procedures kan een bureaucratiecrisis ontstaan, waarbij de bureaucratie het primair proces gaat hinderen.
- 5) De samenwerkingsfase. Groei door samenwerking (ruimte voor inhoudelijke samenwerking en vernieuwing).
  - Wanneer niet meer de inhoud, maar politieke 'spelletjes' een rol gaan spelen, kan een overlegcrisis ontstaan.
- 6) Groei door ondernemen (medewerkers worden ondernemers, weer meer resultaatgericht werken).
  - Door de nadruk op resultaten verliezen medewerkers het gevoel van betrokkenheid en kan een sociale identiteitscrisis ontstaan.

Door Keuning en Eppink (2004) is fase zes anders omschreven en zijn er nog twee fasen aan toegevoegd:

- 6) Groei door verzakelijking. Als efficiëntie het belangrijkste doel wordt, ontstaat verkieling en gebrek aan visie.
  - Naast de interne identiteitscrisis kan dit ook leiden tot een externe legitimiteitscrisis.
- 7) Groei door geïntegreerd mens- en omgevingsbeleid. Groei door afstemming tussen medewerkerstevredenheid en kwaliteit en efficiëntie. Extern door gerichtheid op maatschappelijke meerwaarde. De missie en identiteit van de organisatie staat centraal.
  - Bij lager management kan dit leiden tot een verantwoordelijkheidscrisis omdat hun taken en verantwoordelijkheden onhelder zijn.
- 8) Groei door coöperatieve strategie in intelligente organisaties in een netwerkcultuur. Groei door een duidelijk missie, draagvlak, taakstelling en toegevoegde waarde, een lerende organisatie waar ruimte is voor zelfsturing, maar ook sprake is van heldere aansturing.
  - Een crisis kan ontstaan door overschatting van de capaciteit of een tekort aan regels of als principes niet goed zijn uitgewerkt.

Ten Have (2011, p.85) noemt de mate van *in control* zijn van de organisatie en onderscheidt hierin drie fasen:

- 1) Basis op orde: de operationele en financiële processen zijn op orde. De organisatie is niet *in control*, systematisch besturen<sup>48</sup> is niet mogelijk. De nadruk ligt op korte termijn verbeteringen, zoals werkprocessen en huisvesting. De toegevoegde waarde van bestuurlijke ingrepen is: direct bijdragen aan het (beter) realiseren van doelstellingen van de organisatie.
- 2) De organisatie begint *in control* te komen, systematisch besturen begint in zicht te komen. De nadruk ligt onder andere op beheersing, ontwikkelen medewerkers en verbeteren van klantwaardering.
- 3) Systematisch bestuurd (*in control*): de organisatie is in staat om proactief te besturen, de effectiviteit van ingrepen is bekend (feedback wordt opgevolgd), activiteiten worden in samenhang beoordeeld en uitgevoerd. De focus komt op vernieuwing en anticiperen op de toekomst.

*In control* kan volgens Ten Have (2011, p. 15) worden omschreven als “ ‘the ability to manage or direct’ ([www.dictionary.com](http://www.dictionary.com)). Bij deze definitie gaat het niet om het verantwoord, maar juist over het kunnen besturen van de organisatie. Dat laatste vergt meer dan goed risicomanagement, laat staan dat uitsluitend achteraf verantwoording afleggen over die risico's afdoende is. In control gaat in essentie dus meer over systematisch besturen dan over verantwoorden, en vooral over vooruitkijken in plaats van terugblikken.” Het is hiervoor noodzakelijk dat de managementprocessen van de organisatie hierop zijn ingericht en goed functioneren.

Juist in de situatie van groei waarbij de organisatie systematisch wordt bestuurd (*in control* is), is inzicht in de eigen organisatie en ruimte voor het effectiever werken en vooruitblikken. Silzer in Hollenbeck e.a. (2006) roept op om uitkomstindicatoren voor bestuurlijk handelen te ontwikkelen die verder gaan dan financiële resultaten. Voor zorgbestuurders zijn financiële resultaten niet het doel van het handelen, zoals ook blijkt uit de Governancecode Zorg, maar “het realiseren van de maatschappelijke doelstelling van de zorgorganisatie”, waarbij publieke en maatschappelijke belangen een rol spelen (Governancecode Zorg 2017, p. 14).

Om aan deze doelstelling toe te komen, zal de interne organisatie eerst op orde moeten zijn. Een bestuurder van een instelling in de pioniersfase zal aandacht moeten besteden aan het op orde krijgen van de processen en het inrichten van de organisatie. Een bestuurder die de basis op orde heeft, heeft een korte termijn doel van beheersing. Wanneer de organisatie voldoet aan wet- en regelgeving en de financiën op orde zijn, is er ruimte voor ontwikkeling en vervolgens vernieuwing en anticipatie. Ten Have (2011,

---

48 Ten Have (2011) noemt dit ook effectief besturen (p. 37).

p. 53): *“Goed functionerende organisaties beschikken over superieur management dat een systeem heeft om doelen en beleid te ontwikkelen en dat eenduidig kan vertalen en verspreiden door de hele organisatie heen.”*

De fase waarin de organisatie zich bevindt en of de zorgbestuurder in staat is hierop aan te sluiten en de organisatie verder te helpen kunnen op verschillende manieren zijn *license to lead* vergroten. Hij kan persoonlijke, proces- en uitkomstlegitimiteit verwerven door de organisatie vanuit zijn kunde op een goede manier te helpen het organisatie-doel te verwezenlijken.

### 4.3.3 Omgang met verandering

In paragraaf 4.2.1 is de veranderende context geduid. De manier waarop zorgbestuurders met deze veranderingen omgaan, kan hun *license to lead* vergroten, verkleinen of zelfs doen verliezen.

Ondersteunende en managementprocessen staan ten dienst van de zorgverlening en hebben daarmee een afhankelijk bestaansrecht (zie Ten Have, 2011 en 2016). Dit betekent voor bestuurders dat zij geen inherent recht hebben op de positie die zij hebben, maar dit recht wordt ontleend aan de functie die zij vervullen, namelijk het toevoegen van waarde voor het primair proces (Ten Have, 2017). Dit noemt Ten Have het onderscheid tussen ‘hebben’ en ‘zijn’: het ‘hebben’ gaat bijvoorbeeld uit van het aantal fte dat een bestuurder ‘onder zich’ heeft en de omzet van de organisatie. Het ‘zijn’ gaat uit van de toegevoegde waarde die de bestuurder heeft voor de cliënt/patiënt. Het waarde toevoegen in verbinding met de organisatie en de externe omgeving is de *raison d’être* (het bestaansrecht) van zorgbestuurders en een antwoord op de klacht dat *overhead* alleen maar geld kost dat ook ten behoeve van de zorg zelf had kunnen worden besteed (zie bijvoorbeeld de motie van Tweede Kamerlid Agema (PVV) voor een overheadnorm in de zorg, Motie bij Kamerstuk II 2017/18, 34775-XVI, nr. 60). Van Dijk beschrijft in haar oratie (2018) de opgave voor (semi-)publieke leiders van het creëren van waarde voor de samenleving. Het gaat voor zorgbestuurders in het verlengde hiervan niet alleen om het toevoegen van waarde voor het proces van zorgverlening voor de huidige cliënten/patiënten in de eigen instelling, maar ook voor toekomstige generaties en ook buiten de grenzen van de eigen instelling. Hoe ver dit reikt, wordt in de conclusies besproken.

Ten Have (2017, p. 13) beschrijft het nut van veranderen als volgt: *“De primaire functie van een organisatie ligt in het voorzien van de buitenwereld (klanten, cliënten/patiënten, burgers enzovoort) van goederen en/of diensten die het oogmerk van haar bestaan vormen. Uitgangspunt ... is dat de organisatie de legitimering van haar bestaan ontleent aan het nut dat anderen hechten aan die producten of diensten. ... Uiteraard hebben organisaties*

*ook een meer psychologische functie en voorzien ze in identiteit, verbinding en emotioneel comfort ... Organisatie en verandering ontmoeten elkaar in ieder geval*

- *als het bestaansrecht in het geding is, onder druk staat (Drucker, 1994);*
- *als een organisatie de psychologische functie niet (goed) vervult en zeker*
- *als de primaire functie niet 'werkt' en de toegevoegde waarde voor klanten, cliënten/patiënten of andere stakeholders niet of onvoldoende wordt gerealiseerd."*

Een goed doordachte verandering staat dus ten dienste van het direct of indirect (beter) laten functioneren van het primair proces, oftewel de zorgverlening. Uitkomst van de verandering is dan bijvoorbeeld een efficiënter, effectiever, flexibeler en/of creatiever proces van zorgverlening.

Idealiter is een bestuurder in staat om proactief te sturen waarbij ontwikkelingen tijdig worden waargenomen en bijsturing gericht plaatsvindt, zodat veranderingen incrementeel (geleidelijk) kunnen plaatsvinden, geïntegreerd in de reguliere managementtaken (Ten Have, 2017). Ten Have merkt op dat veranderingen '*maar al te vaak*' als vanzelfsprekend en weinig doordacht worden ingezet. Dit terwijl de nulhypothese bij veranderen zou moeten zijn dat veranderen niet nodig is en dat er een gedegen analyse nodig is waarom wel veranderd zou moeten worden (naar Van Witteloostuijn in Ten Have en Ten Have 2004, p. 3). Bij het mislukken van een verandering wordt vaak opgegeven in plaats van dat er wordt gezocht naar de oorzaken en deze oorzaken systematisch worden opgepakt (Ten Have, 2011, p. 37).

De *license to lead* van de raad van bestuur en de *license to operate* van de organisatie zijn hierbij nauw aan elkaar verbonden: wanneer de raad van bestuur niet in staat is om de organisatie mee te laten bewegen met de veranderende context en eisen, kan de organisatie draagvlak bij bijvoorbeeld banken en verzekeraars verliezen en daarmee zijn *license to operate*, wat kan leiden tot faillissement.

#### **4.4 Individueel niveau**

Hierna wordt de invloed op de *license to lead* van de persoonlijke kennis en kunde (professionaliteit, paragraaf 4.4.1), het karakter (paragraaf 4.4.2) en het gedrag (de manier van rechtvaardigen, paragraaf 4.4.3) van zorgbestuurders besproken. Wat hiervoor is besproken hangt hiermee samen. In hoofdstuk 5 worden deze verbanden getrokken.

##### **4.4.1 Professionaliteit**

Professionalisering draagt bij aan de persoonlijke legitimiteit van een individuele zorgbestuurder: wanneer er vertrouwen is in de kunde van de zorgbestuurder, zal meer draagvlak bestaan voor de besluiten die hij neemt, ook als deze leiden tot minder gun-



stige resultaten (uitkomstlegitimiteit) of als deze zijn genomen zonder het betrekken van alle belanghebbenden (proceslegitimiteit). Bij deze persoonlijke professionalisering werkt de vakontwikkeling van zorgbestuurders als collectief door: wanneer er geen eenduidig beeld is over wat de kennis en kunde is waarover een zorgbestuurder moet beschikken, zal het volgen van een opleiding of een andere scholingsactiviteit door een zorgbestuurder bij zijn omgeving ook niet meteen leiden tot het gevoel dat de bekwaamheid van de individuele zorgbestuurder is vergroot. Hierna een korte verkenning van het denken over wat de kennis en kunde van een zorgbestuurder zou moeten zijn.

De rolopvatting van bestuurders is door de tijd heen veranderd. Algemene opvattingen over wat een goede leider is en welke leiderschapsstijl daarbij hoort ook (zie onder meer Evans e.a., 2013). Oorspronkelijk werd meer nadruk gelegd op de persoonlijke legitimiteit: het zijn van een 'grote leider' vanwege achtergrond en afkomst. De leider staat nu 'in dienst' van de organisatie, dienend leiderschap, dus de bestuurder als procesbewaker, is een belangrijkere kwalificatie geworden om te besturen (zie onder meer Alimo-Metcalf e.a. 2008, Gardner e.a., 2005 en Manz e.a. 2008). Stoker (2005) omschrijft de ontwikkeling in de twintigste eeuw in leiderschapsdenken van het centraal stellen van persoonskenmerken van de *great man*, naar stijl-benaderingen waarbij het ging om gedrag, naar contingentie-benaderingen waarbij de context centraal werd gesteld en tenslotte de 'nieuwe' benaderingen die uitgaan van het vergroten van de betrokkenheid van medewerkers, zoals transformationeel, charismatisch en inspirerend leiderschap.

Universiteiten en andere scholingsaanbieders zijn geen waardevrije instituten: zij kiezen een perspectief op management. Aangezien er geen gedeelde visie is op wat bewezen *best practices* zijn, valt op iedere methode iets af te dingen. Als het gaat om bestuurders die zijn opgeleid als algemeen manager, zeggen *critical management studies*: op *business schools* is te weinig aandacht voor de belangen van andere belanghebbenden dan aandeelhouders en voor het algemene maatschappelijke belang (Wentink, 2013). Dit sluit aan bij de vraag of wordt uitgegaan van het Angelsakisch of van het Rijnlandse model. Het eerste is gericht op marktdenken, het tweede op waardencreatie voor belanghebbenden (o.a. Wentink, 2013). Als het gaat om opleidingen specifiek voor zorgbestuurders kan de kritiek zijn dat er te weinig oog is voor de kennis en kunde die zich buiten de eigen sector bevindt (zoals bij onderwijsbestuurders in Amerika). Hess (2003, p. 10-11): "*Educational administration is a sub-specialization of the sprawling field of leadership and management. Construing educational administration as a self-contained field has severed its links to the larger body of management knowledge and practice, and dampened the attention that the broader management community pays to education. The result is a field of educational administration unfamiliar with and uninterested in the broader body of work on management theory and practice.*" Er is bovendien wetenschappelijke discussie over

de vraag of opleiden überhaupt leidt tot betere managers. Een meer algemene kritiek (zowel binnen als buiten de universiteit) is dat managementwetenschap überhaupt geen wetenschap is (Wentink, 2013, Khurana, 2007). Bij het ontbreken van bewijs wat de beste leerschool is, zijn er allerlei hypes en modes in de literatuur (Wentink, 2013). Barker (2010): *"the difference between a business education and a professional education is stark and fundamental: the former may help individuals improve their performance, but it cannot certify their expertise. The role of the manager is inherently general, variable, and indefinable."* (p. 56-58) Drucker (1966) stelt bijvoorbeeld dat alleen ervaring de leermeester van managers is. Hess (2003, p. 19) zegt ten aanzien van onderwijsbestuurders: *"Today, America's executive workforce is admired across the globe and business schools are among the nation's most prestigious educational units. This all transpired without formal licensing; neither business schools nor America are any the worse off because Bill Gates or Michael Dell never obtained an MBA. The world of educational leadership is ripe for a similar revolution."* Mintzberg (2009) stelt voor effectieve managers ontwikkeling centraal, niet door het volgen van opleidingen, maar door *reflect in action* oftewel leren door te doen en te experimenteren. Grzeda (2005): *"Unlike many other professions, it has been difficult to establish unequivocal causal relationships between knowledge acquired through formal or informal training and outstanding managerial performance."* (p. 531) Competenties kunnen volgens Grzeda worden gezien als een aantal vaststaande eigenschappen, soorten kennis, houding en ervaring of als unieke deugden die in sociale interactie tot uitdrukking komen (Grzeda, 2005). In het tweede geval zijn er geen algemene managementcompetenties te benoemen, omdat de interactie centraal staat. Ruijters koppelt dit leren door ervaring aan het niveau van ontwikkeling (2017, p. 13): *"Een hogere mentale ontwikkeling kun je niet trainen, die ontwikkel je doordat je huidige manier van kijken niet meer werkt. Dat kost tijd, vraagt ervaring, groei, worsteling en niet weten."*

*Evidence-based management* gaat ervan uit dat er expertise (oftewel kennis) en ervaring, organisatiekennis en inzicht in de waarden en belangen van belanghebbenden en wetenschappelijk onderzoek moet worden gebruikt (en dus bij managers en bestuurders bekend moet zijn) om te komen tot de best mogelijke besluitvorming. Ten Have e.a. (2009, p. 19): *"Professioneel betekent, net als bij andere vakgebieden, systematisch en methodisch en, waar mogelijk, met gebruikmaking van de aanwezige kennis, ervaring en inzichten. Het betekent ook met gebruikmaking van intuïtie, creativiteit en experiment waar nodig (en verantwoord)." Dit heeft hij schematisch als volgt weergegeven:*



**Figuur 24:** vier bronnen van *evidence-based* werken, uit Ten Have (2017, p. 11) en gebaseerd op het model van het Center for Evidence-based Management.

Uit een verkenning in de literatuur voor dit onderzoek<sup>49</sup> is een aantal *standards of excellence* gedestilleerd die worden gezien als relevant voor het professionaliseren als bestuurder. Dit zijn:

- Kennis van en inzicht in wat effectief besturen is;
- Kennis van wat de medewerkers doen;
- Kennis van hoe organisaties werken en welke rol een bestuurder daarin heeft;
- Kennis van en betrokkenheid bij de inhoud van het product van het bedrijf in alle facetten;
- Adaptief vermogen om opgedane ervaring toe te passen en hiervan te leren;
- Inzicht in en aandacht voor: de belangen van belanghebbenden, de maatschappij en het wege van deze belangen.

Vertaald naar de praktijk van zorgbesturen:

- Kennis van en inzicht in wat effectief besturen in de zorg is;
- Kennis van wat medische professionals, verpleegkundigen en andere medewerkers doen;
- Kennis van hoe zorgorganisaties werken en welke rol de bestuurder heeft;
- Kennis van en betrokkenheid bij de zorg die wordt geleverd in alle facetten;
- Adaptief (of aanpassings-)vermogen om opgedane ervaring toe te passen en hiervan te leren;

49 Onder andere Ballinger, 2009, Barker, 2010, Crossan e.a., 2008, Drath e.a., 2008, Drucker, 1963, Grzeda, 2005, Hess, 2003, Kets de Vries, 2001, Khurana en Nohria, 2008, Mintzberg, 1990, Mintzberg, 2009, Mitchell e.a., 1997, Nordhaug, 1998, Pfeffer en Sutton, 2006, Silzer in Hollenbeck e.a., 2006, Ten Have e.a., 2009 en Wentink, 2013.

- Inzicht in en aandacht voor: de belangen van belanghebbenden, de maatschappij en het wege van deze belangen.

Het gaat dan om zowel kennis van de zorg zelf als van de processen daaromheen, zoals vastgoedbeheer, ICT-inrichting en facilitaire diensten.

Deze domeinen overlappen elkaar: wat effectief besturen is, hangt bijvoorbeeld samen met alle andere elementen. Het belang van deze verschillende elementen en de invulling ervan verschilt in tijd en context.

Noordegraaf en Schinkel (2011) omschrijven de professionalisering van managers als uniek in die zin dat de introductie van managers juist is voortgekomen uit de wens de isolatie en autonomie van *professionals* in te perken: "*In fact, it [managerialism] claims professional status in managerializing other professions.*" (p. 119). Uit de literatuur zijn hierbij dus wel een aantal kerncompetenties te halen. Uit de literatuur wordt ook duidelijk dat het bekomen in deze competenties niet alleen scholing vereist, maar ook ervaring en reflectie.

Het creëren van een eenduidig gedeeld professionaliseringskader kan het draagvlak voor zorgbestuurders als collectief vergroten, maar het helpt ook de individuele zorgbestuurder bij het verkrijgen van zijn persoonlijke legitimiteit: wanneer de individuele zorgbestuurder kan aantonen kennis en ervaring te hebben opgedaan binnen het professionaliseringskader kan hij zijn persoonlijke legitimiteit en daarmee zijn *license to lead* vergroten.

#### 4.4.2 Karakter

Voor het verkrijgen van de *license to lead* spelen verschillende morele elementen een rol. Het gaat om morele waarden die verankerd zijn in wet- en regelgeving en gedragscodes, maar ook om karaktereigenschappen. Bovendien gaat het om de acties en belangenafweging van zorgbestuurders in hun dagelijks werk. Het gaat er niet om dat de bestuurder een overtuiging heeft, maar dat hij de *juiste* overtuiging heeft, namelijk de overtuiging en de normen en waarden die passen bij de organisatie (zie onder andere Piper, 2007). De bestuurder kan zich deze normen en waarden niet zomaar aanmeten,

nu hij een voorbeeldfunctie heeft: de bestuurder belichaamt de normen en waarden.<sup>50</sup> In de omschrijving van Gardner e.a. (2005) en Gardner e.a. (2011) gaat het om authentiek gedrag: acties die gestuurd worden door de leiders 'ware zelf' gerefecteerd in kernwaarden, overtuigingen, gedachten en gevoelens, in tegenstelling tot omgevingsomstandigheden of druk van anderen.

Voor het onderzoeken van het draagvlak van bestuurders vanuit moreel perspectief is gebruik gemaakt van de deugdenethiek. De deugdenethiek, gebaseerd op het werk van Aristoteles (350 v.C./Hupperts en Poortman (vert.) 2005), stelt motieven en karaktereigenschappen centraal. Een deugd is een karaktereigenschap die sociaal wordt gewaardeerd, zoals zorgzaamheid.<sup>51</sup> Aristoteles onderscheidt intellectuele en morele eigenschappen van de ziel. Intellectuele eigenschappen (filosofische wijsheid, intellect en kennis) kunnen worden aangeleerd door kennisverwerving, praktische eigenschappen (waaronder morele deugden) ontstaan voornamelijk door gewoonten oftewel ervaring (Hupperts en Poortman, 2005, p. 67). Aristoteles: *"Zo worden we ook rechtvaardig door rechtvaardige handelingen te verrichten, en gematigd door gematigde handelingen, en moedig door moedige handelingen te verrichten."* (350 v.C./Hupperts en Poortman (vert.) 2005, p. 123).<sup>52</sup> De eigen capaciteiten van de zorgbestuurder zijn deels te ontwikkelen en deels aanwezig. Zonder een diepgaande bespreking van *nature/nurture* kan in het algemeen worden gezegd dat mensen zich kunnen ontwikkelen, maar dat daarbij ook hun aangeboren capaciteiten van belang zijn.<sup>53</sup> De deugdenethiek biedt een praktisch handvat voor morele vraagstukken. Het gaat niet om het (zonder oefening) excellent zijn, maar om het nastreven van morele excellentie (zie ook Sanderse in Sanderse en Kole, 2018, p. 33).

50 Hofmann en Nelson (2001) spreken over de verantwoordelijkheid van de bestuurder om moreel bewustzijn binnen de organisatie te creëren/stimuleren. Manz e.a. (2008) stellen spiegelbeeldig dat bestuurders als legitieme vertegenwoordigers van hun organisatie een unieke positie hebben om immoreel gedrag toe te staan in de organisatie. Daarom is het volgens hen van belang om deugdzaamheid te stimuleren bij bestuurders.

51 Echter, in de woorden van Van Tongeren in Trouw, 2007: *"Deugd heeft niets met braafheid te maken, betekent ook niet dat je oppassend of zoetsappig moet zijn. Deugd betekent voortreffelijkheid."*

52 Dit is een vereenvoudigde weergave, volgens Aristoteles doen ook aangeboren eigenschappen ertoe: *"Net zoals er twee soorten disposities, namelijk slimheid en praktisch inzicht, in het meningsvormende deel van de ziel zijn, zo zijn er dus ook twee disposities in het morele deel van de ziel: natuurlijke deugd en deugd in de strikte zin van het woord. De deugd in de strikte zin kan zonder praktisch inzicht niet bestaan."* (350 v.C./Hupperts en Poortman (vert.) 2005, p. 327).

53 Zo zegt Aristoteles over de deugd moed: *"Alles wijst erop dat de moed die uit het temperament voortkomt, het meest natuurlijk is en echte moed wordt, wanneer een weloverwogen keuze en een doel ermee gepaard gaan."* Aanleg helpt dus, maar is niet genoeg voor deugdzaam handelen.

Deugdzaam handelen gaat gepaard met een motivatie, een behoefte, om het goede te doen (Beauchamp, 2001). Volgens de deugdentheorie gaat 'goed' gepaard met het succesvol/excellent vervullen van je rol/functie. De motieven en karaktereigenschappen van een persoon spelen een rol in de mate waarin we deze persoon vertrouwen: *"A person we trust to do what is morally right is one who has an ingrained motivation and desire to perform right actions and who characteristically cares about a morally appropriate response. The person who simply follows rules of obligation, and otherwise exhibits no special moral character, may not be trustworthy in critical circumstances."* (Beauchamp, 2001, p. 197).

De deugdenethiek loopt als rode draad door het onderzoek heen: deugdzaam handelen en draagvlak verkrijgen worden naast elkaar gezet. Zoals gezegd wordt een deugdzaam karakter in deze dissertatie beschouwd langs lijnen van het werk van Aristoteles: het gaat om de intellectuele en morele kennis, keuzes en gedrag bedoeld om het beste te doen, voortkomend uit een bestendige dispositie. Deugdenethiek die het karakter centraal stelt en morele kaders die verplichtingen centraal stellen kunnen naast elkaar bestaan: de goede persoon doet de goede dingen op de goede manier met de goede redenen (Beauchamp, 2001, p. 203). Draagvlak en deugdzaamheid kunnen elkaar dus raken, maar zijn niet altijd hetzelfde, in ieder geval volgens de deugdenethiek. Het deugdzame karakter richt zich op het nastreven van excellent gedrag. Wat deze excellentie bepaalt, maakt of dit de *license to lead* ook vergroot: wanneer er geen overeenstemming is over wat moet worden nagestreefd, kan de uitkomstlegitimiteit worden onthouden. Omdat het bij deugden gaat om karaktereigenschappen die sociaal gewaardeerd worden, draagt een gedeelde opvatting over deze karaktereigenschappen bij aan draagvlak.

#### 4.4.3 Manier van rechtvaardigen

In de zorg zijn verschillende belangen in het geding. De waarden die gehanteerd worden, zijn afhankelijk van het perspectief. Zo gelden vanuit een medisch perspectief vaak andere prioriteiten dan vanuit een bestuurlijk perspectief. Soms botsen deze belangen. Er zijn hoge verwachtingen van de zorg, maar beperkte mogelijkheden om aan deze verwachtingen te voldoen (Oldenhof, 2012). Er heerst een spanning tussen sturing en

toezicht, vraag en aanbod en verwachtingen en verantwoording<sup>54</sup>, zoals door Putters in onderstaande figuur samengevat is:



**Figuur 25:** besturen met duivelselastiek, uit Putters, 2009, p. 12.

De zorgbestuurder voert zijn werk uit binnen deze hybride (geen markt noch overheid) omgeving en heeft verschillende taak- en daaraan verbonden normstellingen meegekregen. Enerzijds wordt de zorgbestuurder gezien als een ondernemer met de doelstelling van de zorginstelling een succesvol bedrijf te maken, anderzijds is de zorgbestuurder verantwoordelijk voor de maatschappelijke belangen van toegankelijkheid en kwaliteit van zorg (onder meer Putters, 2009 en Oldenhof, 2012).

Putters (2009, p. 35): *“De bestuurder zit dus tussen al die trekkkrachten. Zijn gedrag past niet in de verantwoordingsstructuren in elk van die richtingen afzonderlijk. Zijn ogenschijnlijk ‘ongrijpbare’ bestuurlijke handelen wordt door de politiek daardoor verder in procedurele oplossingen gevangen om er nog meer grip op te krijgen. Dat lukt echter niet met nog meer toezichthouders, prestatie indicatoren en sanctionerend overheidsingrijpen. Het leidt tot een schijnwerkelijkheid, waardoor het ‘echte bestuur’ zich aan het oog van de politiek onttrekt. De bestuurder moet namelijk eigen afwegingen maken en schipperen tussen álle belangen. Het vraagt juist om de acceptatie van machtsdeling in de publieke ruimte. De grenzen van de bestuurlijke ruimte zijn dus eerder normatief dan geografisch of institutioneel van aard.”*

54 Deze spanning duidt Putters (2009, p. 11) als volgt: *“in de eerste plaats de ruimte tussen sturing en toezicht, waar zowel de toenemende marktwerking als de overheidsregulering het zorgbestuur onder druk zetten. Het tweede elastiek staat gespannen tussen vraag en aanbod, omdat de individuele keuze van zorgvragers steeds meer botsen met collectieve afwegingen. Het derde elastiek staat gespannen tussen verwachtingen en verantwoording, omdat er hoge en soms tegenstrijdige ambities zijn die in steeds meer richtingen moeten worden waargemaakt”.*

Janssen (2017) voegt hieraan toe dat veranderingen binnen de bestaande structuren alleen kunnen worden doorgevoerd via het zoeken naar draagvlak en naar onderhandelingsruimte.

Naast de waarden waar de omgeving een oordeel over velt, brengt de bestuurder ook zijn eigen overtuigingen, opvattingen en motieven mee. Bauman (2013) onderscheidt morele en persoonlijke waarden. Morele waarden omschrijft hij als waarden waarvan de samenleving een recht heeft te verwachten dat personen ernaar handelen. Persoonlijke waarden als waarden waar een persoon zich om persoonlijke redenen aan committeert zonder dat de gemeenschap het recht heeft de hieruit voortvloeiende handelingen van die persoon te verwachten. Wanneer het gaat om persoonlijke waarden gaat het dus om verantwoording afleggen aan jezelf. Oldenhof e.a. (2014) koppelt verschillende (zoals Bauman zou zeggen: morele) waarden aan verschillende rechtsvaardigingscategorieën:

Rechtsvaardigings-categorie	Waarden	Gekenmerkt door het zijn van..	Evaluatiecriteria
<b>Markt</b>	Competitie, winst, klantkeuze	Begeerd, waardevol, winnaar	Prijs
<b>Industrie</b>	Efficiëntie, planning	Effectief, functioneel, betrouwbaar	Functionaliteit
<b>Civiel</b>	Gelijkheid, welvaart, sociale participatie	Representatief, wettelijk voorgeschreven	Stemmen, burgerrechten, wet
<b>Huiselijk</b>	Huishoudelijke taken, traditie, vertrouwen, familie eer	Goedhartig, welopgevoed, wijs, sensibel	Verantwoordelijkheden
<b>Inspiratie</b>	Inspiratie, creativiteit, gratie	Bizar, verschillend, origineel, spontaan	Eigenaardigheid, uniciteit
<b>Roem</b>	Publieke opinie	Beroemd, prestigieus	Publieke relaties, publieke erkenning

**Figuur 26:** verschillende rechtsvaardigingscategorieën en waarden, naar Oldenhof e.a., 2014, gebaseerd op Boltanski en Thévenot (2006).

Er zijn parallellen tussen de rechtsvaardigingscategorieën en de genoemde driedeling in paragraaf 1.2: markt en industrie richten zich voornamelijk op het resultaat, civiel op de procedure en huiselijke en inspiratie op de persoon/persoonlijke verhoudingen. Hieronder is in een tabel de vergelijking tussen de in dit onderzoek genoemde rechtsvaardigingscategorieën naar rechtsvaardigingsvormen gegeven voor de vergelijkbaarheid. Deze vergelijking is ten behoeve van de vergelijkbaarheid door mijzelf gemaakt.



1	Industriële rechtvaardigingsgronden	Uitkomstlegitimiteit/ Distributieve rechtvaardigheid
2	Civiele rechtvaardigingsgronden	Proceslegitimiteit/ Procedurele rechtvaardigheid
3	Persoonlijke waarden	Persoonlijk, niet gericht op rechtvaardiging
4	Huiselijke rechtvaardigingsgronden	Persoonlijke legitimiteit/ Interactionele rechtvaardigheid
5	Roem	Persoonlijk legitimiteit/ Interactioneel rechtvaardigheid

**Figuur 27:** rechtvaardigingsgronden vergeleken met legitimiteits-/rechtvaardigheidsvormen.

Uit deze paragraaf blijkt dat er verschil kan bestaan in opvatting van wat als nastrevenswaardig moet worden gezien. Hier ligt een verschil in het wegen van waarden aan ten grondslag. Voor individuele zorgbestuurders en raden van bestuur zal hun *license to lead* mede worden bepaald door de manier waarop ze in staat zijn belanghebbenden van hun eigen waarden te overtuigen en om aan te sluiten bij de waarden van belanghebbenden in de omgeving.

## 4.5 Conclusie

### 4.5.1 De *license to lead* van de individuele zorgbestuurder

Om de *license to lead* te vergroten kan op basis van de theorie worden gesteld dat de bestuurder draagvlak dient te zoeken zowel door zijn kennis en morele oordeelsvorming te ontwikkelen (dit draagt bij aan zijn persoonlijke legitimiteit), als door zijn werkwijze (proceslegitimiteit) als door het bereiken van goede resultaten (uitkomstlegitimiteit). Duurzaam draagvlak kan dus worden bereikt door vakbekwaam beslissingen te nemen, hierbij een zorgvuldig proces van besluitvorming te doorlopen waarin kennis, keuzes en acties worden besproken en gedeeld, en door een resultaat te bereiken waarvoor draagvlak is en wat gebaseerd is op de *best available evidence*. Dit wordt hieronder toegelicht, waarna het in een tabel is samengevat.

- De persoonlijke legitimiteit van een individuele zorgbestuurder hangt op basis van de theorie af van:
  - het voldoen aan de normen die in wet-, regelgeving en andere institutionele teksten staan, zoals dat in de Governancecode zorg 2017 staat dat bestuurders zorgen dat zij vakbekwaam en geschikt zijn en blijven (artikel 7.1.2).
  - de professionalisering van de zorgbestuurder en hoe die zich verhoudt tot de vakontwikkeling van zorgbestuurders in het algemeen, oftewel: is de kennis en kunde van de bestuurders 'up to standard'?
  - de manier waarop de zorgbestuurder geworven is en of er hierbij is getoetst op zijn vakbekwaamheid, zijn drijfveren en zijn gedrag, in deze dissertatie samengevat onder de term 'karakter'.

- de *match* tussen de bestuurder en de manier waarop in de organisatie wordt omgegaan met macht: is de organisatie bijvoorbeeld sterk hiërarchisch ingericht en is de bestuurder in staat zich hiertoe te verhouden?
  - de vraag of de bestuurder de juiste persoon is om de organisatie verder te brengen. Dit kan gaan om het *in control* brengen van de organisatie, maar ook bijvoorbeeld om het inrichten van een organisatie die nog aan het pionieren is.
- De proceslegitimiteit van een individuele zorgbestuurder hangt op basis van de theorie af van:
    - de verschillende sturingsmechanismen specifiek voor de zorg vanwege het semi-publieke karakter. Deze bepalen wie formeel draagvlak kunnen geven, vergroten of ontnemen.
    - wet- en regelgeving waarin procesgaranties centraal staan, zoals zorgvuldigheid.
    - de omgang met macht in de organisatie. Dit bepaalt bijvoorbeeld of de bestuurder zijn draagvlak het beste kan vergroten door het volgen van formele procedures of juist door het centraal stellen van personen en hun creatieve processen de vrije ruimte geven.
    - de fase van de organisatie. Bij een startende organisatie ontbreken vaak formele structuren waardoor proceslegitimiteit niet kan worden verkregen door het doen van een beroep op procedures, maar bijvoorbeeld wel door een gedragen inrichting hiervan.
    - authentiek gedrag dat bijvoorbeeld leidt tot zorgvuldige belangenafweging en het hanteren van normen en waarden die passen bij de organisatie en de belichaming hiervan (karakter).
  - De uitkomstlegitimiteit van een individuele zorgbestuurder hangt op basis van de theorie af van:
    - institutionele teksten zoals wet- en regelgeving waarin ook een verwachting ten aanzien van resultaten worden benoemd. Bijvoorbeeld in de Wkkgz staat dat de bestuurder de kwaliteit van zorg systematisch dient te bewaken, beheersen en verbeteren. Met andere woorden: waarop je als bestuurder afgerekend wordt, is in wet- en regelgeving bepaald.
    - De omgang met macht in de organisatie en fase van de organisatie: wat is een haalbare uitkomst binnen de gegeven context?
    - De kennis, kunde en het gedrag van de zorgbestuurder zelf: waar ligt zijn expertise/welke uitkomst kan hij behalen? (karakter).

Een gedeeld moreel kader, namelijk overeenstemming onder de verschillende belanghebbenden en de maatschappij over wat goed bestuur is, draagt aan alle drie deze

vormen van legitimiteit bij. Als deze overeenstemming er is, kan ook aan de daaruit voortvloeiende normstelling 'getoetst' worden (formeel en informeel). Het voldoen aan de normstelling kan draagvlak opleveren.

Samengevat wordt het draagvlak van de individuele zorgbestuurder in theorie door de volgende elementen bepaald.

	<b>Individuele zorgbestuurder</b>
<b>Persoonlijke legitimiteit</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Juridische normstelling</li> <li>- Professionalisering</li> <li>- Wervingsproces</li> <li>- Machtsstructuur en fase organisatie</li> <li>- Intellectuele en morele kennis, keuzes en gedrag</li> <li>- Gedeeld moreel kader</li> </ul>
<b>Proceslegitimiteit</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Semipublieke <i>setting</i></li> <li>- Juridische normstelling</li> <li>- Machtsstructuur en fase organisatie</li> <li>- Intellectuele en morele kennis, keuzes en gedrag</li> <li>- Gedeeld moreel kader</li> </ul>
<b>Uitkomstlegitimiteit</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Juridische normstelling</li> <li>- Machtsstructuur en fase organisatie</li> <li>- Intellectuele en morele kennis, keuzes en gedrag</li> <li>- Gedeeld moreel kader</li> </ul>

**Figuur 28:** de relatie tussen de verschillende legitimiteitsvormen en de *license to lead* van individuele zorgbestuurders op basis van de theorie ingevuld.

#### 4.5.2 De *license to lead* van raden van bestuur

Voor raden van bestuur als orgaan geldt in belangrijke mate hetzelfde als voor individuele zorgbestuurders. Het verkrijgen van legitimiteit hangt ook voor raden van bestuur af van hun persoonlijke, proces- en uitkomstlegitimiteit. In dit hoofdstuk zijn de uitdagingen waar zorginstellingen voor staan beschreven. De *license to operate* van de instelling<sup>55</sup> en de *license to lead* van raden van bestuur zijn nauw met elkaar verbonden: raden van bestuur worden geacht de organisatie te laten meebewegen met de veranderende context en eisen die de omgeving stelt, anders kan de organisatie draagvlak bij bijvoorbeeld banken en verzekeraars verliezen, die ze nodig hebben voor hun financiering. Het verschil met de elementen in figuur 28 is dus dat bij raden van bestuur de manier waarop ze omgaan met verandering een belangrijke rol speelt. Raden van bestuur als orgaan worden meer afgerekend op hun gedrag dan op hun kennis en kunde, al hangen deze natuurlijk wel samen (de keuzes die ze maken komen voort uit hun kennis en ervaring). Ook bij raden van bestuur spelen elementen als de machts-

<sup>55</sup> Een set van eisen en verwachtingen die lokale belanghebbenden en de maatschappij hebben over hoe een organisatie zijn werk moet doen.

structuur binnen de organisatie een belangrijke rol: hoe lopen de hiërarchische lijnen en hoeveel invloed hebben ze op hun medewerkers? In theorie wordt de *license to lead* van raden van bestuur dus door de volgende elementen gevormd:

	Raad van bestuur
<b>Persoonlijke legitimiteit</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Juridische normstelling</li> <li>- Vakontwikkeling</li> <li>- Wervingsproces</li> <li>- Machtsstructuur en fase organisatie</li> <li>- Omgang met verandering</li> </ul>
<b>Proceslegitimiteit</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Semipublieke <i>setting</i></li> <li>- Juridische normstelling</li> <li>- Machtsstructuur en fase organisatie</li> <li>- Omgang met verandering</li> </ul>
<b>Uitkomstlegitimiteit</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Juridische normstelling</li> <li>- Machtsstructuur en fase organisatie</li> <li>- Omgang met verandering</li> <li>- Veranderende context</li> </ul>

**Figuur 29:** de relatie tussen de verschillende legitimiteitsvormen en de *license to lead* van raden van bestuur op basis van de theorie ingevuld.

#### 4.5.3 De *license to lead* van zorgbestuurders als collectief

Zorgbestuurders kunnen ook als collectief hun *license to lead* vergroten, verkleinen of zelfs verliezen. In theorie zijn hierbij de volgende elementen van belang:

- De semipublieke *setting* wordt bepaald door de uitdagingen rond betaalbaarheid en toegankelijkheid van zorg. De overheid zoekt naar nieuwe manieren om het zorgstelsel zo in te richten dat dit doel wordt bereikt zonder dat dit ten koste gaat van de kwaliteit van de zorg. De introductie van marktwerking en tegelijkertijd de toenevende overheidsregulering en systeemveranderingen gericht op bezuiniging heeft effect op de besturing van zorgorganisaties en de resultaten die kunnen worden bereikt (uitkomstlegitimiteit). De semipublieke *setting* bepaalt wie formeel de *license to lead* van zorgbestuurders kunnen ontnemen en daarmee wie de gesprekspartners zijn van zorgbestuurders oftewel hun proceslegitimiteit.
- De wet- en regelgeving en andere institutionele teksten rond goed bestuur (zoals de Governancecode Zorg 2017) bepalen de kaders voor het bestuurlijk handelen.
- Ook veranderingen in de zorg door technologische vernieuwingen, vergrijzing en bevolkingsgroei en veranderende opvattingen in de samenleving over wat goede zorg is, beïnvloeden het werk van zorgbestuurders. Zo leiden overheidsmaatregelen om de zorg op collectief niveau betaalbaar te houden voor zorgbestuurders tot vraagstukken hoe bepaalde typen verliesgevendende zorg toch toegankelijk te blijven houden.

- Gebrek aan draagvlak leidt tot institutionalisering en overheidsingrijpen. Door collectieve institutionaliseringsacties van zorgbestuurders zelf, zoals vakontwikkeling en inrichten van het wervingsproces, kan een dergelijk overheidsingrijpen voorkomen worden. Deze acties leiden tot het collectief werken aan een *pool* van vakbekwame zorgbestuurders en het weren van onbekwame bestuurders en dragen daarmee bij aan de persoonlijke legitimiteit van zorgbestuurders als collectief en daarmee aan de status van de functie.

In theorie wordt *de license to lead* van zorgbestuurders als collectief dus door de volgende elementen gevormd:

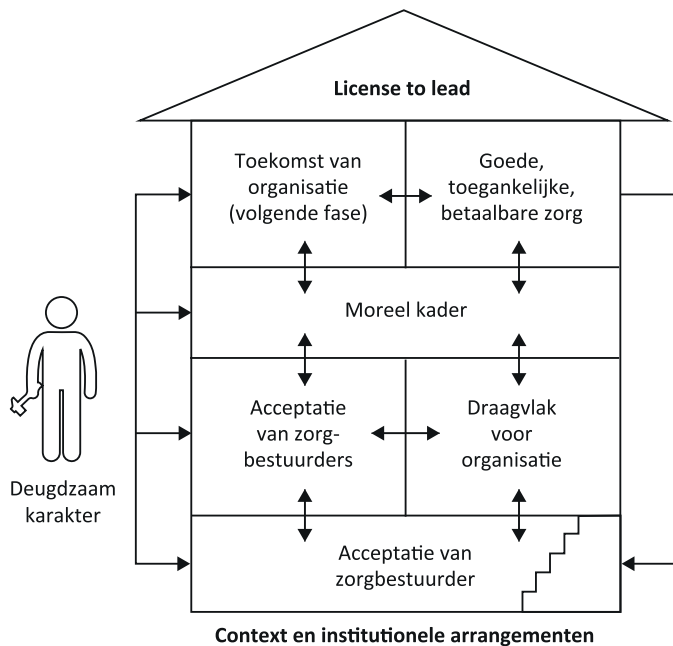
	Zorgbestuurders als collectief
<b>Persoonlijke legitimiteit</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Juridische normstelling</li> <li>- Vakontwikkeling</li> <li>- Wervingsproces</li> </ul>
<b>Proceslegitimiteit</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Semipublieke <i>setting</i></li> <li>- Juridische normstelling</li> </ul>
<b>Uitkomstlegitimiteit</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Semipublieke <i>setting</i></li> <li>- Juridische normstelling</li> <li>- Veranderende context</li> </ul>

**Figuur 30:** de relatie tussen de verschillende legitimiteitsvormen en de *license to lead* van zorgbestuurders als collectief op basis van de theorie ingevuld.

#### 4.5.4 Bouwstenen van de *license to lead*

Uit de voorgaande paragrafen volgt dat in theorie zowel de intellectuele als morele eigenschappen van de zorgbestuurder van belang zijn, hier samengevat als deugdzaam karakter. Enige mate van acceptatie voor zowel de individuele zorgbestuurder als zorgbestuurders als collectief is van belang. Daarnaast is draagvlak voor de organisatie noodzakelijk. Uit dit hoofdstuk blijkt dat morele overeenstemming tussen bestuurder en omgeving een rol speelt, bijvoorbeeld in de manier waarop zorgbestuurders zich rechtvaardigen. Bovendien is de zorgbestuurder mede verantwoordelijk voor zowel de organisatie als voor het systeem. Voor het eerste is de fase van de organisatie relevant, voor het tweede het effect op de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorg.'

De mate waarin draagvlak wordt geworven om te besturen voor zowel individuele zorgbestuurders als raden van bestuur als zorgbestuurders als collectief wordt in theorie dus bepaald door verschillende bouwstenen van de *license to lead*. Deze zijn in figuur 31 samengevat.



**Figuur 31:** bouwstenen van de *license to lead*.









## **5** Confrontatie tussen theorie en praktijk



## 5.1 Inleiding

Nadat in hoofdstuk 3 is beschreven hoe zorgbestuurders in de praktijk bouwen aan hun *license to lead* en in hoofdstuk 4 is beschreven welke methoden volgens theoretische inzichten leiden tot het vergroten van de *license to lead*, wordt in dit hoofdstuk geanalyseerd in hoeverre de acties van zorgbestuurders daadwerkelijk leiden tot het vergroten van hun *license to lead*. In dit hoofdstuk wordt eerst kort het politieke debat over zorgbestuurders geschetst. Daarna wordt een aantal thema's besproken die uit voorgaande volgen. Hierbij worden vakontwikkeling en professionalisering samen besproken (paragraaf 5.2), net als moreel kader, gedrag, karakter en machtsdeling (paragraaf 5.4). Dit omdat deze op elkaar inwerken met betrekking tot de *license to lead* en de effecten onlosmakelijk met elkaar zijn verbonden. Werving (paragraaf 5.3), omgang met verandering (5.5) en schaalvergroting (paragraaf 5.6) worden apart besproken. In het volgende hoofdstuk worden overkoepelende conclusies getrokken.

Zoals gezegd wordt ook in de politiek gediscussieerd over wat goed (en slecht) zorgbestuur is. Van der Scheer omschrijft in haar dissertatie (2013) de discussie in de politiek in de periode 2000-2010. Incidenten rond zorgbestuurders en zorgorganisaties en de (te) hoge salarissen van zorgbestuurders waren in deze periode onderwerp van discussie en werden aan elkaar gekoppeld. Negatief *framen* van het 'ondernemerschap' van zorgbestuurders speelde hierbij een rol. SP en PVV namen in deze discussie het initiatief, maar stonden volgens Van der Scheer niet alleen.

In de periode 2013 tot 8 juni 2018 (de onderzoeksperiode van dit onderzoek) waren er meerdere kwesties die de aandacht van de Tweede Kamer vroegen. Dit ging onder andere om discussiepunten rond de beloning van zorgbestuurders. De WNT waarin een maximum werd gesteld aan de beloning voor zorgbestuurders trad 1 januari 2013 in werking en hierover werd daarna jaarlijks gerapporteerd, wat tot discussies in de Kamer leidde. Bijlage 1 bevat een uitgebreidere omschrijving van het politieke debat. Samengevat werd gediscussieerd over transparantie van gemaakte kosten van raden van bestuur bij zorginstellingen, er werd een oproep gedaan voor de invoering van een bestuurderstoets, de kwaliteit in de verpleeghuiszorg stond ter discussie en er werden kritische vragen gesteld over fusies bij zorginstellingen. Over fraude, faillissementen en een vermeende angstcultuur bij zorginstellingen werden eveneens Kamervragen gesteld. Bij al deze onderwerpen was ook de kwaliteit van zorgbestuurders onderwerp van debat. Er zijn in de genoemde periode ook aanvullende regels rond zorgbestuurders in de Tweede Kamer besproken en geformuleerd.

Op basis van het voorgaande zou dit onderzoek zich ook kunnen richten op het beloningsdebat, dat een belangrijke rol lijkt te spelen voor het draagvlak voor zorgbestuur-

ders. Echter, over medisch specialisten en hoogleraren in de zorgsector die uit hetzelfde zorggeld betaald worden, wordt dit debat niet gevoerd. Daarom was een aanname, die bij nadere bestudering van het Tweede Kamer debat werd bevestigd, dat het debat niet zozeer ingegeven werd door de discussie over de hoogte van het salaris bij een baan in de zorg, maar eerder door een gebrek aan draagvlak voor en twijfels over de toegevoegde waarde van bestuurders. In de conclusie (hoofdstuk 6) wordt kort teruggekomen op de beloningsdiscussie.

## 5.2 Draagvlak voor vakontwikkeling en professionalisering

In de vorige hoofdstukken is besproken dat zorgbestuurders middels de NVZD vakontwikkeling bewust inzetten als een manier om hun *license to lead* voor zorgbestuurders als collectief te vergroten. Dat ze zich steeds meer een (beroeps)groep voelen, lijkt mede te komen door de negatieve politieke uitlatingen over zorgbestuurders. Het succesvol neerzetten van zorgbestuur als professie kan bijdragen aan het verkrijgen van autonomie, macht, status en prestige, allemaal uitingen van draagvlak. Er lijkt steeds meer een eenduidig beeld te komen over welke kennis en ervaring nodig is om zorgbestuurder te zijn. De afgelopen twintig jaar heeft een institutionaliseringstendens plaatsgevonden waarbij er steeds meer opleidingen beschikbaar zijn gekomen voor zorgbestuurders en er een accreditatietraject is ingericht. Er is dus meer nadruk komen te liggen op het systeem van professionaliseren en het ontwikkelen van het 'vak' van besturen. Vakontwikkeling leidt ertoe dat zorgbestuurders als collectief zich steeds meer profileren als beroepsgroep (en vice versa). Deze twee ontwikkelingen (vakontwikkeling en professionalisering) kunnen elkaar versterken: wanneer een eenduidig kader ontstaat over wat het vak van besturen inhoudt, geeft dit richting aan het persoonlijke professionaliseringstraject van bestuurders (zie ook paragraaf 4.4.1). De kritiek op zorgbestuurders heeft in die zin geleid tot bewuste acties om de *license to lead* te vergroten. Deze acties leveren een positieve bijdrage aan het ontwikkelen van een normenkader voor de professie van zorgbestuurder. Het vertrouwen van de omgeving van de zorgbestuurder in zijn professionaliteit kan bijdragen aan de persoonlijke legitimiteit van de zorgbestuurder.

Noordegraaf e.a. (2015) geeft aan dat het voor vertrouwen in een beroepsgroep van belang is dat er overeenstemming bestaat (bij de directe omgeving, binnen de organisatie en in de samenleving) over wat voor eisen er aan zorgbestuurders gesteld kunnen worden en dat deze eisen bekwaamheid vergen (zie citaat in paragraaf 4.2.5). Kortom, het draagvlak voor het professionele kader draagt bij aan het draagvlak voor zorgbestuurders. Immers, pas door het hebben van een professioneel kader kan inzichtelijk gemaakt worden of een zorgbestuurder aan deze kwaliteitseisen voldoet.

Op het niveau van zorgbestuurders als collectief is beroepsvorming volgens de definitie van Noordegraaf (zie paragraaf 4.2.5) geslaagd wanneer zorgbestuurders worden gezien als *professionals* met specialistische kennis en ervaring, er kwaliteitscontrole is op hun werk en de *professionals* transparant zijn over de uitkomsten van deze controle en wanneer ze professionele maatstaven hebben voor de kwaliteit van het geleverde werk. Een aantal typerende elementen voor een beroepsgroep ontbreekt bij zorgbestuurders:

- Er is geen gedeelde vooropleiding (maar het gevoel dat specialistische kennis nodig is, groeit). Bestuurders zien zichzelf niet altijd, zo blijkt uit de interviews en focusgroep, als expert/specialist.
- Er is vertrouwen aan het ontstaan vanuit de politiek in het zelfreinigend vermogen van de beroepsgroep (zie onder meer paragraaf 5.3). Het zelfreinigend vermogen van zorgbestuurders is beperkt tot initiatieven van de NVZD, zonder wettelijke verankering zoals bij andere beroepsgroepen. In de politiek is verschillende malen gedebatteerd over de optie van een 'bestuursverbod' of een 'zwarte lijst van zorgbestuurders' (zie bijlage 1);
- Aanneمة gebeurt niet door bestuurders zelf (of je zou bestuur en toezicht als één 'governance groep' moeten zien, zoals medisch specialisten artsen zijn met een verschillende specialisatie en advocaten juristen zijn met een specifieke specialisatie);
- Het beeld van wat goed besturen is, is op grond van het beeld uit de interviews en focusgroep en zoals ook aangegeven door Van der Scheer, 2013 en Putters, 2009, diffuus. Dit heeft er ook mee te maken dat er geen eenduidig beeld is van hoe het werk van een bestuurder eruit zou moeten zien.
- De groep krijgt geen autonomie: deze is hiervoor te machtig (vergelijk met regels voor openbaar bestuur om de macht van de overheid aan banden te leggen, zie ook bijlage 2): zij worden bijvoorbeeld bij wet verplicht belanghebbenden te betrekken, de politiek wil 'zwakken' (cliënten/patiënten) beschermen.
- In de definitie van Noordegraaf e.a., 2015 (zie paragraaf 4.2.5) van wat een professie is, wordt onder andere gesproken over een directe en vaststaande beloning. De beloning van zorgbestuurders staat ter discussie. De NVZD en NVTZ, Vereniging van Toezichthouders in Zorg en Welzijn, hebben tot 2013 een beloningscode voor bestuurders in de zorg (BBZ) gehad. Deze had geen bindende werking en werd niet door alle bestuurders nageleefd. Inmiddels is er, met de inwerkingtreding van de WNT, geen sprake meer van zelfregulering als het gaat om beloning. Hoewel niet uit de definitie van Noordegraaf e.a. blijkt dat het moet gaan om een zelf bepaalde directe en vaststaande beloning is dit wel gebruikelijk bij beroepsgroepen.

Zorgbestuurders en voornamelijk de NVZD werken steeds actiever aan vakontwikkeling en professionalisering van zorgbestuur blijkt uit de beleidsstukken met betrekking tot het accreditatietraject, de enquête (zie bijlage 5) en het interview met de directeur

van de NVZD. Zorgbestuurders zetten vakontwikkeling bewust in als een manier om hun *license to lead* als groep te vergroten. Dat ze zich steeds meer een (beroeps)groep voelen, lijkt mede te komen door de negatieve uitlatingen in media en politiek over zorgbestuurders. Er lijkt steeds meer een eenduidig beeld te komen over welke kennis en ervaring nodig is om zorgbestuurder te zijn. Dit is geïnstitutionaliseerd in het accreditatietraject en vastgelegd in de Governancecode zorg. De kritiek op zorgbestuurders heeft in die zin geleid tot bewuste acties die de *license to lead* zouden moeten vergroten en heeft daarmee een positieve bijdrage geleverd aan de normstelling voor kwaliteit van zorgbestuurders.

De functie van zorgbestuurder heeft elementen van een praktijk en elementen van een institutie volgens de omschrijving van MacIntyre (1984 in Beauchamp, 2001 zie paragraaf 4.2.5). Om de '*corrupting power of institutions*' het hoofd te bieden is het van belang de *internal goods* van de praktijk te formuleren en deze de drijfveer te laten zijn voor zorgbestuurders om hun werk te doen. Het zichtbaar maken aan de buitenwereld van deze *internal goods* kan ertoe leiden dat het gevoel afneemt dat zorgbestuurders voornamelijk door *external goods* zoals macht, aanzien, invloed, status en geld gedreven worden. Dit vereist inzicht in wat de *best practices* zijn. Dit inzicht wordt door vakontwikkeling geboden. Op basis van de literatuur zijn *standards of excellence* te bepalen die overeenkomen met de expertisegebieden in het accreditatiesysteem.

Deze gebieden (zo blijkt uit de omschrijving in het Handboek accreditatie 2018) sluiten aan op de in paragraaf 3.4.1 geformuleerde *standards of excellence*<sup>56</sup>.

De persoonlijke ontwikkeling, oftewel het verbeteren van de eigen kennis en het eigen inzicht, wordt door de respondenten van de enquête als belangrijkste reden om op te gaan voor accreditatie genoemd. De negatieve reputatie van zorgbestuurders, oftewel de status, is wel een reden geweest om het accreditatiesysteem op te zetten. In de interviews en focusgroep lopen de bespreking van *internal* en *external goods* door elkaar. Zo worden het ontwikkelen van competenties en bekwaamheid, het vergroten van de integriteit, het organiseren van tegenkracht, het inleven in managers/artsen, het verbin-

- 
- 56 • Leiderschap omvat kennis en inzicht in wat effectief besturen in de zorg is.
- Resultaatgericht sturen vereist kennis van wat medewerkers doen en hoe ze het beste aan te sturen zijn en kennis van hoe zorgorganisaties werken en welke rol een bestuurder daarin heeft.
  - In verbindend samenwerken is inzicht en aandacht voor de belangen van belanghebbenden en maatschappij van belang.
  - De maatschappelijke bijdrage overlapt met kennis van en betrokkenheid bij de zorg en inzicht in en aandacht voor de belangen van de maatschappij.
  - Continu ontwikkelen past bij het adaptief vermogen om opgedane ervaring toe te passen.

den van de organisatie aan de omgeving en het zien van het lange termijnperspectief genoemd als elementen die als *internal goods* kunnen worden gezien. Professionalisering kan door zorgbestuurders bewust en onbewust gebruikt worden als een manier om hun netwerk en invloed te vergroten. Dit kan als *external good* gezien worden wanneer status en macht het einddoel zijn. Maar wanneer dit als middel wordt gebruikt om de belangen van cliënten/patiënten beter te kunnen behartigen, kan het ook bij de *internal goods* horen. Op basis van dit onderzoek is over deze achterliggende motieven geen uitspraak te doen. Volgens MacIntyre biedt deugdzaam handelen een tegenwicht tegen corrumperende effecten van instituties (meer hierover in paragraaf 5.4).

Zorgbestuurders zijn niet de eersten die door een kwaliteitssysteem hun reputatie willen verbeteren. Zo schrijft Hess (2003) over Amerikaanse schoolleiders die werken met een licentiesysteem dat is opgezet om de reputatie te verbeteren het volgende: *"Disturbed that their field lacks the professional esteem of law or medicine, professors of educational administration argue that stricture licensure will elevate the prestige of school leaders. If licensure were the key to professional respect, however, we might expect that more would be accorded to traffic school instructors, athletic trainers, nail care professionals, and practitioners of the many other certified fields for which the public exhibits no special regard. There is nothing about licensure that necessarily raises a profession's prestige or attracts more able practitioners. The of-cited cases of law and medicine do not offer the guidance that proponents imagine. In those fields, the public has evidence that practitioners have mastered essential knowledge – an impossible task in the case of educational leadership, where such a canon does not exist."* Om dit te vertalen naar de woorden van MacIntyre: zonder de *internal goods* zijn alleen de *external goods* niet voldoende om een praktijk te vestigen. Wanneer blijkt dat er inderdaad bepaalde kennis en inzicht nodig zijn om te kunnen besturen (en op basis van de literatuur is dit inderdaad het geval) dan zullen bestuurders zich ook langs de meetlat van deze 'professionaliseringsnormen' moeten leggen. Wanneer deze normen gedragen worden door de omgeving van de zorgbestuurder, kunnen de zorgbestuurders die werken aan deze professionalisering zich ook op hun professionaliteit beroepen ter vergroting van hun *license to lead*.

In paragraaf 3.3 werd het belang van ervaring besproken voor de professionalisering van zorgbestuurders. Voor de *license to lead* van de zorgbestuurders als collectief is de grens wanneer voldoende ervaring aanwezig is om te starten met besturen een interessante: ook een chirurg moet ervaring opdoen aan de operatietafel, maar niemand wil door een chirurg geopereerd worden die de operatie niet goed zou kunnen uitvoeren, omdat hij het nog moet leren. Zijn er voldoende garanties dat de zorgbestuurders die hun eerste bestuurlijke functie aangaan de basiskwalificaties bezitten om te starten als bestuurder? Is er voldoende aandacht voor het leren en ontwikkelen van deze

groep bestuurders? Wanneer overeenstemming is over het professionele kader, is kwaliteitscontrole dus van belang. In de politiek is een aantal maal de suggestie naar voren gebracht een bestuursverbod in te stellen voor 'falende' bestuurders. Om het tij van het negatieve imago van bestuurders en managers te keren noemt Wentink (2013) de route van professionalisering met een beroepsorganisatie, certificatie als een *license to practice* en toezicht op de naleving van een morele code in de beroepsuitoefening. Het gaat erom aan te tonen dat er meerdere belangen relevant zijn voor managers dan het eigen belang, zoals het belang van de klant en de maatschappij. Hoewel veel van de genoemde elementen (beroepsorganisatie, accreditatie en een governancecode) aanwezig zijn, is er geen *license to practice*. Er is bijvoorbeeld geen erkende opleiding tot zorgbestuurder. De groep bepaalt niet zelf wie tot de beroepsgroep wordt toegelaten en de diensten die worden geleverd zijn niet exclusief: binnen de wet- en regelgeving is het mogelijk een eigen zorgorganisatie op te zetten en zorgbestuurder te worden zonder hiervoor bij de beroepsvereniging te hoeven aansluiten. Ook voor managers in de zorg (wat vaak de achtergrond is van zorgbestuurders) is er geen toelatingstoets. Ook is er geen verplichte kwaliteitstoets voor zittende zorgbestuurders. Het zelfreinerend vermogen is daarmee beperkt, wat niet bijdraagt aan de *license to lead* van zorgbestuurders op collectief niveau volgens de theorie besproken in paragraaf 4.2.5.

Dat niet-geaccrediteerd zijn niet leidt tot sanctionering in de zin van een bestuursverbod kan op termijn veranderen: de accreditatie kan formeel (via wet) of informeel (via de groep zelf) dwingende werking krijgen: zonder geaccrediteerd te zijn, zou het dan niet meer mogelijk zijn om het werk als zorgbestuurder te blijven uitoefenen. Al bij de totstandkoming van het systeem was er verdeeldheid onder de groep die de accreditatie mee heeft ontworpen (de 'kopgroep') of accreditatie (op den duur) mede bepalend zou moeten zijn voor de raad van toezicht bij het aanstellen van bestuurders.

Het accreditatiesysteem van de NVZD hinkt in dat opzicht op twee benen: enerzijds wordt besturen als professie neergezet en wordt een kwaliteitskader geformuleerd, maar aan de andere kant blijft een toets op dit kader en sanctionering, in de zin van een bestuursverbod, uit en wordt de uiteindelijke toets door externen (de 360 graden feedback, auditoren en accreditatiecommissie) verricht. En hoewel goed bestuur samenhangt met de context waarbinnen de bestuurder opereert, zijn er over deze context en de *fit* met de bestuurder wel degelijk objectieve uitspraken te doen, wat ook gereflecteerd is in de expertisegebieden die in de accreditatie zijn benoemd. Oftewel, bij de accreditatie zou naast het betrekken van de *feedback* van de omgeving ook een proeve van bekwaamheid kunnen passen door te toetsen aan de expertisegebieden die door de NVZD worden benoemd. Deze proeve van bekwaamheid zou kunnen bijdragen aan het



vergroten van de persoonlijke *license to lead* van zorgbestuurders op de verschillende niveaus (individuele zorgbestuurder, raad van bestuur, zorgbestuurders als collectief).

Er lijkt dus een institutionaliseringstendens van de vakontwikkeling van zorgbestuurders zichtbaar die kan bijdragen aan het vergroten van de *license to lead*. Dit wil niet zeggen dat professionalisering ook geïnstitutionaliseerd moet zijn. Professionalisering van zorgbestuurders is ook niet synoniem voor het volgen van opleidingen. De geïnterviewde zorgbestuurders relativeren het belang van deze opleidingen en stellen informeel leren en ervaring meer centraal. Volgens de principes van *evidence based* werken zouden besluiten van managers gebaseerd moeten zijn op:

- onderzoeksresultaten
- de specifieke *setting* en informatie van de organisatie
- de weging van de waarden en belangen van belanghebbenden en
- de kennis en ervaring van degene die de beslissing neemt

(Ten Have e.a. 2015 en Ten Have, 2017, zie paragraaf 4.4.1). Zorgbestuurders lijken hun legitimiteit meer uit de manier waarop ze het besluitvormingsproces inrichten te halen (zie paragrafen 3.6 en 3.7) dan te baseren op het expliciteren van hun persoonlijke kennis en ervaring. Als het gaat om de professionaliteit van de zorgbestuurder wordt, geven de geïnterviewde zorgbestuurders aan, waarde gehecht aan kwaliteiten die hiermee samenhangen, zoals de manier van communiceren, de leiderschapsstijl, de daadkracht, de prioritering, het verbinden van korte en lange termijn, het denken op groepsniveau, een open houding en het stellen van kritische vragen.

Hoewel professionalisering een instrument kan zijn voor het vergroten van de *license to lead*, is dit niet een instrument dat door de geïnterviewde bestuurders ook wordt genoemd. Dit is verklaarbaar in het licht van het voorgaande: wanneer overeenstemming over welke beroepsnormen gelden ontbreekt, is het ook lastig om op basis van de eigen professionalisering gezag te claimen: wie zegt dat die specifieke professionalisering jou tot een betere bestuurder maakt? Zolang de normstelling voor goed zorgbestuur diffuus is, kan hier ook geen legitimiteit aan worden ontleend. Zoals gezegd wordt deze normstelling steeds minder diffuus, door het accreditatiesysteem, wet- en regelgeving en de Governancecode Zorg. Voor het vergroten van de *license to lead* van zorgbestuurders op verschillende niveaus zouden als volgende stap op basis van deze normstelling professionaliseringspaden kunnen worden benoemd. Bij de verschillende expertisegebieden van het accreditatiesysteem kan inzichtelijk worden gemaakt hoe een bestuurder zich hierin kan ontwikkelen. Dit kan zijn door bijvoorbeeld het volgen van opleidingen, maar ook door ervaring of door intervisie, meelopen, coaching en nevenfuncties. Hierbij gaat het om zowel kennis als ervaring.

Concluderend leidt de ontwikkeling van een professioneel normenkader door vakontwikkeling tot persoonlijke legitimiteit (wat zich vertaalt in bijvoorbeeld status) voor zorgbestuurders als collectief. Ook kan het voldoen hieraan bijdragen aan de persoonlijke legitimiteit van individuele zorgbestuurders. De vakontwikkeling gericht op het zichtbaar maken en versterken van de *internal goods* die verbonden zijn aan het werk van zorgbestuurders biedt een weerwoord tegen de negatieve uitlatingen van pers en politiek waarbij juist *external goods* zoals macht en inkomen worden benadrukt. Wanneer *external goods* niet het doel zijn, kunnen deze wel het gevolg zijn van andere doelen gericht op *internal goods*. Zo kan het werken op basis van *best available evidence* leiden tot status. Professionaliseringsnormen bieden individuele zorgbestuurders een middel om hun *license to lead* te vergroten. Voor het vergroten van de persoonlijke legitimiteit en de uitkomstlegitimiteit van zorgbestuurders is het van belang om *evidence based* te werken waarbij de professionaliteit van zorgbestuurders niet alleen wordt bepaald door de inrichting van het proces van besluitvorming, maar ook door de kennis en ervaring, die zorgbestuurders op diverse manieren opdoen (zoals blijkt uit paragraaf 3.3). De professionaliseringspaden die hieraan bijdragen, zouden zorgbestuurders als collectief kunnen benoemen. Kwaliteitscontrole of zelfs een *license to practice* zouden de *license to lead* van zowel individuele zorgbestuurders als zorgbestuurders als collectief kunnen vergroten. De accreditatie biedt wel een aanzet hiertoe, maar is geen *license to practice*.

### 5.3 Draagvlakcreatie bij werving

Er is kritiek vanuit de pers en politiek op zorgbestuurders dat zorgbestuurders zich begeven in een *old boys network*. Hieruit spreekt een bepaald beeld over het vermeende exclusieve karakter van de groep van zorgbestuurders. Zo werden er op 10 februari 2017 Kamervragen gesteld over een zorgbestuurder die een vertrekbonus van 65.000 euro had gekregen van een zorginstelling, zonder daar een dag gewerkt te hebben. De toenmalige staatssecretaris Van Rijn noemt dit een '*betreurenswaardige verspilling van zorggeld*' en '*slecht voor het imago van de sector*' (Aanhangsel Handelingen 2016/17, 1440, p. 1). Het proces dat heeft geleid tot de benoeming van deze zorgbestuurder is volgens de staatssecretaris niet goed gegaan. Uiteindelijk is de raad van toezicht teruggetreden en is er een interim-bestuurder aangesteld. De staatssecretaris antwoordt op de vraag hoe lang het *old boys network* in de zorg nog in stand blijft het volgende: "*Ik vind dat bestuurders te allen tijde moeten worden geselecteerd op basis van hun kwaliteiten en niet (louter) op basis van hun netwerk. De raad van toezicht draagt zorg voor een goede en evenwichtige samenstelling van de raad van bestuur die aansluit op de behoefte van de organisatie. Zij moet zich goed vergewissen van de daadwerkelijke kennis en kunde van een bestuurderskandidaat.*" (Aanhangsel Handelingen 2016/17, 1440, p. 2).

De werving van zorgbestuurders is weinig gereguleerd of geïnstitutionaliseerd. In het publieke debat kan dit ertoe leiden (en dat gebeurt ook) dat er twijfels worden geuit over de vraag of een zorgbestuurder op basis van heldere criteria en aantoonbare competenties is benoemd. Er lijkt zich in de afgelopen decennia wel een gangbare praktijk te hebben ontwikkeld. Om zorgbestuurder te worden, zijn informele toegangseisen gecreëerd. Deze eisen ligt in het verlengde van het genoemde 'gemiddelde' curriculum van zorgbestuurders: leeftijd, managementervaring en groeicurve spelen hierbij een rol. Het gaat niet alleen om algemene vaardigheden: er moet ook een match zijn in de specifieke situatie waarvoor een bestuurder wordt gezocht. De intelligentie en de leercurve van zorgbestuurders spelen juist door het niet gestructureerde karakter van opleiden een belangrijke rol. Dit sluit aan op de bevindingen in de vorige paragraaf dat zorgbestuurders zich gedragen als een beroepsgroep in wording.

Tijdens de werving en het aannemen van zorgbestuurders heeft een aantal *gatekeepers* invloed op de mate waarin de bestuurder zijn *license to lead* verwerft. De *gatekeepers* die zijn genoemd, zijn raden van toezicht, *searchers*, opleidingsinstituten en de medezeggenschap. Op groepsniveau is er een professionaliseringsslag geweest van zowel toezichthouders, *searchers* als zorgbestuurders. Er wordt niet meer alleen vertrouwd op goede contacten, maar ook gezocht naar draagvlak binnen de organisatie voor de nieuwe bestuurder. Bij het bredere publiek is weinig bekend over deze ontwikkeling. Naast draagvlak is er dan ook kritiek op de manier waarop zorgbestuurders worden geworven en wordt gesproken over het *old boys network*. Op basis van de onderzoeksdata lijkt deze kritiek onterecht: maar een zeer kleine groep (4% of minder) zorgbestuurders wordt wellicht op basis van hun persoonlijke connecties met raden van toezicht danwel bestuur benoemd. Bovendien is er ruimte voor nieuwe zorgbestuurders. Wel is het lastig om van buiten de zorg zorgbestuurder te worden. De betrokkenheid bij de zorg wordt door de geïnterviewden ook als een belangrijke voorwaarde gezien voor een professionele zorgbestuurder (zie paragraaf 3.3). Wel hangt veel af van de persoonlijke klik met de *gatekeepers* die hun eigen ervaring als maatstaf nemen.

Een eerlijk wervingsproces kan de *license to lead* van individuele zorgbestuurders, de raad van bestuur en zorgbestuurders als collectief versterken. De rol van de *gatekeepers* is informeel en speelt zich grotendeels in de sfeer van het vertrouwelijke af, zowel met betrekking tot het proces van werving als hun rol in het proces als de criteria die zij bij de werving hanteren. Vertrouwelijkheid bij werving is natuurlijk op zich gangbaar en logisch. Het gaat hier dan ook niet om het openbaar maken van wie in de procedure zit, maar over de vraag of de manier waarop geworven wordt en de criteria die daarbij een rol spelen objectief bepaald zijn.

*Searchers* zijn heel bewust bezig met het bouwen aan de *license to lead* van de kandidaat-bestuurder: het succes van hun werk is immers dat de kandidaatbestuurder succesvol is. Het betrekken van de medezeggenschapsorganen is wettelijk verplicht. Dit wordt ook in de praktijk gedaan bij zowel het bepalen van het profiel van de gezochte bestuurder als de beslissing wie gekozen wordt. De geïnterviewde *searchers* gaan hierin meestal verder dan de wettelijke verplichtingen om daadwerkelijk draagvlak te verwerven voor de kandidaat. Ook maken ze (samen met de raad van toezicht) een organisatieprofiel: wat voor bestuurder is hier nodig? *Searchers* besteden dus steeds meer aandacht aan de proceslegitimiteit.

Over de mate waarin raden van toezicht en opleidingsinstituten zich bewust zijn van hun rol als *gatekeeper* bij het verwerven van de *license to lead*, is op basis van dit onderzoek geen uitspraak te doen. Wel blijkt dat de *gatekeepers* hun eigen 'toelatingscriteria' hanteren. Raden van toezicht zouden met meer gebruikmaking van professionele toetsing met onderbouwde methodieken en instrumenten het succes van de benoeming kunnen vergroten. Zorgbestuurders zelf hebben in het accreditatietraject en in de Governancecode Zorg 2017 een aantal beroepsnormen geformuleerd. Voor het gevoel van een transparant wervingsproces bij politiek en maatschappij en dus het vergroten van de *license to lead* op collectief, maar ook op individueel niveau, zou het kunnen helpen om deze criteria een (formeel) onderdeel van het wervingsprofiel te maken en hieraan te toetsen in het wervingsproces.

Er is geen kwantitatieve informatie beschikbaar over het succes van het aannemen van zorgbestuurders. De werving van een nieuwe bestuurder kan ingrijpende gevolgen hebben voor de koers van een organisatie. Juist daarom is het positief voor de *license to lead* van de bestuurder binnen de organisatie dat hierbij een bepaalde gangbare praktijk aan het ontstaan is waarbij relevante partijen worden betrokken. De interviews en focusgroep geven het beeld dat dit meer gebeurt dan op basis van de wettelijke verplichtingen noodzakelijk is. Het is op basis van dit onderzoek overigens niet te zeggen of deze praktijk voornamelijk door *searchers*, die minder dan de helft van de wervingsprocessen begeleiden, wordt gebezigd, of ook breder. Juist daarom zou het mooi zijn om ook de criteria voor het succes van een benoeming te definiëren en hierop als raad van toezicht te reflecteren.<sup>57</sup> Een benoeming is succesvol wanneer er draagvlak is voor

---

57 Drucker geeft in 1985 aan dat maar een derde van de bestuurdersaannamen succesvol zijn. Hogan, Hogan en Kaiser (2010) geven aan dat schattingen van het falen van managers tussen de 30 en 67 procent zijn. Deze percentages roepen bij mij de vraag op of de aanname van bestuurders niet trefzekerder kan worden ingericht.

zowel de persoon van de gekozen bestuurder als voor de manier waarop de werving heeft plaatsgevonden.

De zelfregulering in de vorm van het accreditatiesysteem heeft ervoor gezorgd dat in de zorg niet dezelfde geschiktheidstoetsen zijn ingevoerd bij de benoeming van een bestuurder als in andere semipublieke sectoren en de financiële sector. Er is dus vanuit de politiek gezien (op het moment van schrijven) voldoende draagvlak voor de zelfregulering om van verdere institutionalisering door overheidsingrijpen af te zien als het gaat om benoeming van zorgbestuurders. Voor zorgbestuurders als collectief heeft de vakontwikkeling bijgedragen aan de *license to lead*, wat doorwerkt in het afzien van verder overheidsingrijpen bij de werving. Het citaat van de Staatssecretaris in reactie op de Kamervragen wat in deze paragraaf is besproken, vervolgt dan ook met: *"De Nederlandse vereniging voor bestuurders in de zorg (de NVZD) heeft een accreditatietraject ontwikkeld waarin wordt getoetst of bestuurders actief werken aan hun vakontwikkeling en beschikken over zelfreflectief vermogen. Voor de raden van toezicht is deze accreditatie een praktisch handvat om de competenties van kandidaat bestuurders te kunnen beoordelen. Ik roep raden van toezicht dan ook op om al hun bestuurders op te laten gaan voor accreditatie."* (Aanhangsel Handelingen 2016/17, 1440, p. 2).

Concluderend zijn er informele toegangseisen gecreëerd om zorgbestuurder te worden die worden bepaald door een aantal *gatekeepers*. Het toetsen aan heldere criteria en aantoonbare competenties kan bijdragen aan de *license to lead* van zorgbestuurders op verschillende niveaus (individueel, organisatie en als collectief). De kritiek van 'vriendjespolitiek' lijkt onterecht, maar door de vertrouwelijkheid rond wervingsprocedures lastig te weerleggen, wat de *license to lead* van zorgbestuurders als collectief niet vergroot. In het wervingsproces is wel steeds meer aandacht voor het betrekken van belanghebbenden, dit vergroot de legitimiteit van individuele zorgbestuurders. Door het succes van benoeming van zorgbestuurders te meten, zou ook de *license to lead* van zorgbestuurders op de verschillende niveaus (individuele zorgbestuurder, raad van bestuur en zorgbestuurders als collectief) kunnen worden vergroot. De *license to lead* voor zorgbestuurders als collectief is (tot op heden) groot genoeg om overheidsingrijpen in de wervingsprocedure tegen te houden.

#### **5.4 Moreel kader en deugzaam karakter**

In juli 2016 maakt Staatssecretaris Van Rijn van VWS bekend welke zorginstellingen volgens de Inspectie voor de gezondheidszorg (wat later de Inspectie voor de Gezondheidszorg en Jeugd is geworden) 'onder de maat' presteren. De zogenaamde 'zwarte lijst' haalt de landelijke media. Dit leidt ook tot negatieve kritiek op zorgbestuurders in politiek en media. Mevrouw Volp (PvdA): *"De inspectie noemt in het kort drie hoofdzaken:*

*de bestuurder, de deskundigheid en de zorgvraag. Laat ik beginnen met het eerste punt. In 40% van de gevallen weet de bestuurder niet eens wat er speelt in zijn huis. Ik heb een functieprofiel voor een bestuurder bekeken en daarin staat dat hij eindverantwoordelijk is voor de aansturing, de positionering en de kwantitatieve en kwalitatieve zorgresultaten, en dat hij daarnaast naar nieuwe mogelijkheden en kansen op de markt moet zoeken om het huis op de agenda te zetten enzovoorts. Dat is natuurlijk prachtig, maar er staat niet in dat een bestuurder moet weten wie er in zijn huis woont en werkt en wat die cliënten en zorgverleners, de mensen aan het bed, willen, kunnen en nodig hebben."* (Handeling II 2015/16, 31765, nr. 105, p. 1).

Ook voor individuele zorgbestuurders heeft de lijst consequenties. Een voorbeeld is de bestuurder van zorginstelling Careyn, die op de 'zwarte lijst' stond. Op de website van deze instelling staat te lezen dat de voorzitter van de raad van bestuur "*erkent dat ondanks grote inspanningen de verbeteraanpak onvoldoende resultaat heeft opgeleverd, o.a. op het gebied van personele bezetting. Daarom heeft hij besloten plaats te maken voor een nieuwe bestuurder*"<sup>58</sup>

In pers en politiek worden, zo blijkt ook uit voorgaande, twijfels geuit over de toegevoegde waarde van bestuurders en over hun morele kompas (in deze casus: de betrokkenheid bij de cliënten en zorgverleners). Naast specifieke kennis hebben traditionele professies ook een dienstverleningsethos (Schinkel en Noordegraaf, 2011). Het vertrouwen hierin lijkt voor zorgbestuurders en andere managers klein. Het deugdzame karakter richt zich op het nastreven van excellent gedrag. Hierbij zijn zowel intellectuele als morele kennis, keuzes en gedrag van belang. Individuele zorgbestuurders hebben invloed op hun eigen kennis, kunde en gedrag. Wanneer overeenstemming is over wat excellent gedrag is, kan dit de *license to lead* vergroten: wanneer er geen overeenstemming is over wat moet worden nagestreefd, kan de uitkomstlegitimiteit worden onthouden. Voor individuele zorgbestuurders en raden van bestuur zal hun *license to lead* mede worden bepaald door de manier waarop ze in staat zijn om aan te sluiten bij de waarden van de belanghebbenden in de omgeving. In deze paragraaf zijn op basis van het voorgaande deugden geformuleerd die passen bij de besproken normen voor een goede bestuurder die in de afgelopen jaren zijn ontwikkeld.

Beroepsmoraal bestaat volgens Kole (in Sanderse en Kole, 2018, p. 41) uit gedeelde verwachtingen, normen, waarden, deugden en idealen van de beroepsbeoefenaars.

---

<sup>58</sup> Dit citaat is afkomstig van de website van Careyn. Inmiddels is dit citaat niet meer op hun website te vinden. Wel blijkt uit verschillende nieuwsberichten dat een dergelijk bericht geplaatst heeft gestaan. Zie bijvoorbeeld: <https://www.rtlnieuws.nl/node/350956>.

Deze vormen een 'normatieve onderstroom' die in bijvoorbeeld een beroepscode kan worden geëxpliceerd. Naast de eigen beroepsmoraal is de publieke moraal (de opvattingen van burgers, het publiek en de politiek) over hoe professionals hun werk zouden moeten doen van belang. Ook persoonlijke waarden noemt Kole (in Sanderse en Kole, 2018) als bron voor het vormen van een beroepsethiek. De deugden die hierbij horen hangen af van het doel, oftewel de *internal goods*, van de professie (Vos in Sanderse en Kole, p. 61). Met moreel kader wordt in deze dissertatie bedoeld de - meer of minder intersubjectieve - opvattingen over wat de goede uitkomsten, goede werkwijzen en goede motieven zijn. Vanuit de veronderstelling dat een goede zorgbestuurder meer draagvlak heeft dan een slechte is op basis van inzichten uit organisatiekunde en leiderschapsliteratuur, gekeken over welke kwaliteiten een professionele zorgbestuurder zou moeten beschikken:

**Kader 1: de normen voor een (professionele) zorgbestuurder:**

- Kennis van en inzicht in wat effectief besturen in de zorg is;
- Kennis van wat medische professionals (voor zover aanwezig), verpleegkundigen en andere medewerkers doen;
- Kennis van hoe zorgorganisaties werken en welke rol de bestuurder heeft;
- Kennis van en betrokkenheid bij de zorg die wordt geleverd in alle facetten;
- Adaptief (of aanpassings-)vermogen om opgedane ervaring toe te passen en hiervan te leren;
- Inzicht in en aandacht voor: de belangen van belanghebbenden en de maatschappij en voor het wege van deze belangen.

Het gaat dan om zowel kennis van de zorg zelf als van de processen daaromheen, zoals vastgoedbeheer, ICT-inrichting en facilitaire diensten.

En een effectieve en doelmatige zorgbestuurder de volgende:

**Kader 2: de normen voor een (effectieve en doelmatige) zorgbestuurder:**

Om effectief en doelmatig te zijn staat de zorgbestuurder ten dienste aan het primair proces van de organisatie, sluit hij in zijn handelingswijze aan bij de fase waar de organisatie zich in bevindt en helpt de organisatie verder. Zijn doel is zowel het gezond houden van de organisatie als van het zorgstelsel.

Op basis van wet- en regelgeving, codes en kaders gelden voor een legitieme zorgbestuurder (intersubjectieve opvattingen die in zijn verankerd in wet- en regelgeving, codes en kaders) de volgende normen:

### **Kader 3: de normen voor een (legitieme) zorgbestuurder:**

Een zorgbestuurder neemt zorgvuldige, gemotiveerde besluiten waarin hij gelijke gevallen gelijk behandelt, belanghebbenden betreft en geen ander doel beoogt dan dat waarvoor hij bevoegd is. De bestuurder neemt verantwoordelijkheid, houdt zich aan zijn afspraken, is toetsbaar en open, legt verantwoording af en verdient een maatschappelijk verantwoorde beloning. Hij waakt voor belangenverstrengeling, leert van fouten en is deskundig en competent en *in control*. Zorgbestuurders als collectief weren slechte bestuurders en zijn zelf in staat een waardenkader te ontwikkelen dat past bij de context van de eigen instelling. Daarbij bewaken, beheersen en verbeteren ze de kwaliteit van zorg systematisch.

De eerste en tweede kaders weerspiegelen de normen op basis van wetenschappelijke inzichten die aansluiten bij de normen die zorgbestuurders zelf in het accreditatietraject hebben vastgelegd, het derde kader de verwachtingen van de maatschappij van een bestuurder die in institutionele teksten zijn vastgelegd. Deze normen overlappen, maar zijn niet identiek. De norm voor professioneel zorgbestuurder (eerste kader) geeft bijvoorbeeld verdere invulling aan 'deskundig en competent en *in control*' uit de juridische normstelling (derde kader). Het wegen van belangen (eerste kader) wordt in de juridische normstelling (derde kader) weer nader ingevuld als het gelijk behandelen van gelijke gevallen en het toetsbaar en open zijn.

Uit dit hoofdstuk blijkt dat verschillende elementen van de *license to lead* op de verschillende niveaus van de individuele zorgbestuurder, de raad van bestuur als orgaan en zorgbestuurders als collectief van belang zijn.

Deze omschreven *standards of excellence* kunnen worden gezien als het na te streven doel voor zorgbestuurders. Het accreditatiesysteem is ontstaan vanuit zorgbestuurders zelf met wetenschappelijke inbreng vanuit de Erasmus Universiteit. De aan de in het accreditatiesysteem te koppelen deugden zouden kunnen worden gezien als de beroepsmoraal van zorgbestuurders.

In de accreditatie is geen expliciete morele component geformuleerd, maar uit de benoemde expertisegebieden blijken qua morele kennis, keuzes en gedrag deugden als bezinning, zelfdiscipline en flexibiliteit van belang te zijn.

In paragraaf 4.2.4 wordt het wettelijke normenkader rond goed bestuur samengevat. Dit normenkader is in de afgelopen twintig jaar ontwikkeld: in de Kwaliteitswet zorginstellingen uit 1996 werd de verantwoordelijkheid van de bestuurder voor de kwaliteit



van zorg en de verbetering hiervan vastgelegd (zie bijvoorbeeld Handelingen EK 95/96, 23633, nr. 17). In paragrafen 3.5 en 3.6 laten de geïnterviewde zorgbestuurders en de focusgroep een beeld zien dat de besproken normen 'disciplinerende werking' hebben en inderdaad leiden tot zorgvuldige en gemotiveerde besluitvorming, verantwoording afleggen, openheid en transparantie en het betrekken van belanghebbenden. Aan de andere kant biedt dit onvoldoende handvatten voor het dagelijks handelen en ontwikkelen bestuurders zelf handelingsstrategieën voor de omgang met deze eisen. Hierbij besteden ze aandacht aan het proces van besluitvorming en het creëren van een gedragen uitkomst. Deugden die passen bij het wettelijk normenkader en de manier waarop zorgbestuurders de proceslegitimiteit invullen zijn deugden als verantwoordelijkheid, rechtvaardigheid en zorgvuldigheid.

De *license to lead* wordt altijd gegeven en ontnomen door iemand. Oftewel, er is een minimaal draagvlak nodig om te blijven besturen. Er zijn verschillende belanghebbenden die zowel in theorie als in de praktijk de *license to lead* van een bestuurder beïnvloeden (zie de paragrafen 3.2.2 en 3.5). Het gaat om interne belanghebbenden, zoals de raad van toezicht, de medebestuurder, het managementteam en de *professionals* en externe belanghebbenden zoals banken, verzekeraars en de (lokale) overheid. Uit paragrafen 3.5, 3.6 en 3.8 blijkt dat zij in die zin het handelen van zorgbestuurders sturen, dat de bestuurders bewust aandacht besteden aan de betrokken partijen zoals omschreven in paragraaf 3.5. Aan de andere kant lijkt de eigen *license to lead* niet het enige belang waar de geïnterviewde bestuurders mee bezig zijn: soms kiezen ze er ook bewust voor een koers te varen die ze het beste achten met het risico dat ze hun eigen *license to lead* verliezen omdat deze koers niet door iedereen wordt gedeeld (zie paragraaf 3.8). Het doel gaat dan voor op de manier waarop dit wordt bereikt. Het verlies van de *license to lead* van een individuele zorgbestuurder zou kunnen bijdragen aan de *license to lead* van zorgbestuurders als collectief, wanneer overeenstemming bestaat in de samenleving over het belang van goede zorg en de manier waarop de bestuurder hieraan werkt. Uit paragraaf 3.8 blijkt echter dat er verschillende waarden in het geding kunnen zijn die ook verschillend worden gewogen. Zo kan het in het belang van goede zorg zijn om niet alle wet- en regelgeving te volgen, maar kan dit door de maatschappij worden veroordeeld. Ook bijvoorbeeld het ambulantiseren van zorg kan vanuit principiële overtuigingen gebeuren, maar voelen als harteloos omdat de cliënten hun 'huis' verliezen.

Op organisatieniveau wordt veel aandacht besteed aan het proces (wat kan leiden tot proceslegitimiteit). De professionaliteit van de bestuurder ligt in het organiseren van het proces zodat alle belanghebbenden zich gehoord voelen en mee worden genomen in het uiteindelijke besluit en ook in het houden van de regie zodat dit uiteindelijke besluit leidt tot goede kwalitatieve zorg en (in het geval van bezuiniging) zo min mogelijk

negatieve effecten voor medewerkers. Een eerlijk, transparant proces waarin belanghebbenden het gevoel hebben gehoord te worden, draagt bij aan de *license to lead*. Wanneer de *license to lead* van zorgbestuurders onder druk staat, wordt voornamelijk geïnvesteerd in het proces- en de uitkomstlegitimiteit (zie paragraaf 4.8). Alleen met de medebestuurder(s) speelt ook de persoonlijke/interactionele legitimiteit/rechtvaardigheid een grote rol. Oftewel, de menselijke factor is in deze verhouding van groot belang: is het een 'gelukkig huwelijk'? Ook is het mogelijk dat 'waardenverstrengeling' plaatsvindt wanneer een zorgbestuurder zelf conflicterende waarden allebei belangrijk vindt of wanneer binnen de raad van bestuur waarden verschillend worden geprioriteerd.

In stakeholdertheorieën wordt ervan uitgegaan dat de belangen van stakeholders (belanghebbenden) worden gewogen op basis van de macht van de stakeholder, de legitimiteit van zijn positie en de urgentie van zijn belang (Mitchell e.a., 1997). In de interviews lijken bestuurders een andere weging te hanteren: ook de belangen van de zwakkeren spelen een rol (met weinig macht) en de belangen van toekomstige zorggebruikers (met weinig urgentie). Hierbij varen de zorgbestuurders ook op hun eigen kompas, dus ook hun persoonlijke normen en waarden spelen een rol bij de belangenafweging. Het lijkt eerder te gaan om het meekrijgen van belanghebbenden in de door de bestuurder bedachte koers dan om het creëren van een koers met de belanghebbenden gezamenlijk. Wel betreft de bestuurder in het uitzetten van de koers de verschillende belangen, maar vaart hier vooral op zijn eigen inzicht wat deze belangen zijn. Dit blijkt ook uit de volgorde van belang van rechtvaardigingscategorieën die door de focusgroep werden genoemd, waarbij de uitkomst (kwalitatief goede zorg) de belangrijkste rechtvaardigingsgrond is. De volgende rechtvaardigingsgronden werden in de in hoofdstuk 3.8 besproken focusgroep gebruikt (op volgorde van belang):

1. Industriële rechtvaardigingsgronden
2. Civiele rechtvaardigingsgronden
3. Persoonlijke waarden
4. Huiselijke rechtvaardigingsgronden
5. Roem

Ook door de respondenten in de enquête wordt goede zorg genoemd als belangrijkste resultaatsnorm (letterlijk: zaak waar bestuurders op afgerekend wensen te worden, Bijloos e.a., 2017, p. 40, zie ook paragraaf 3.8). Hoewel deze twee naast elkaar kunnen bestaan, wordt in de focusgroep en in de interviews aangegeven dat bij conflict uitkomstlegitimiteit voorrang krijgt boven proceslegitimiteit. Op basis hiervan kan aan de hierboven genoemde deugden van bezinning, zelfdiscipline en flexibiliteit en verantwoordelijkheid, rechtvaardigheid en zorgvuldigheid worden toegevoegd dat in de praktijk ook moed en vastberadenheid van belang zijn.

Uit hoofdstuk 4 blijkt dat om effectief en doelmatig te zijn de bestuurder ten dienste staat aan het primair proces van de organisatie, in zijn handelingswijze aansluit bij de fase waar de organisatie zich in bevindt en de organisatie verder helpt. Zijn doel is zowel het gezondhouden van de organisatie als van het zorgstelsel. Hoewel dit niet van iedere individuele bestuurder zal worden verwacht of niet van iedere raad van bestuur, is dit wel wat verwacht wordt van zorgbestuurders als collectief door de samenleving om de uitdagingen waar het zorgstelsel voor staat het hoofd te bieden. Dubbink (in Sanderse en Kole) onderscheidt morele problemen met een een collectieve dimensie (macrovraagstukken) en morele problemen met een persoonlijke dimensie (microvraagstukken). Trots volgens de interpretatie van Aristoteles is een deugd die past bij deze macrovraagstukken: Aristoteles ziet trots als het midden tussen valse bescheidenheid en eerzucht. Om trots te kunnen zijn, moet degene om wie het gaat tot grootse dingen in staat zijn en die ook nastreven vanuit een intrinsieke motivatie om het beste te doen. Dit is dus ook niet voor iedereen weggelegd. Aristoteles ziet deze deugd als de kroon op de andere deugden: het maakt de andere deugden groter, maar heeft een afhankelijk bestaansrecht. De deugd kan niet bestaan zonder andere deugden, zoals een goed en nobel karakter. Eer, macht en rijkdom zijn niet belangrijk voor de trotse persoon, omdat hij weet wat hij waard is en hij streeft dit ook niet in het bijzonder na.

In de inleiding werd het politieke debat rond de 'zwarte lijst' van zorginstellingen besproken. Het citaat van mevrouw Volp maakt duidelijk dat over de invulling van normen verschil van inzicht kan bestaan. Zo vindt zij het van belang dat bestuurders weten wie er in hun zorginstelling woont. In de interviews worden redenen genoemd om dit juist niet te willen weten, zoals de privacy van de cliënten en de grootschaligheid die nodig is om bepaalde zorg te kunnen leveren. Dit is een voorbeeld van rechtvaardigingsgronden die door bestuurders worden gebruikt, maar niet leiden tot draagvlak omdat waarden anders worden gewogen door, in dit geval, de politiek. Voor de *license to lead* is het van belang over deze botsing van waarden de dialoog aan te gaan en de gekozen waarden ook steeds te heroverwegen. Ook het komen tot een gedragen invulling van de gestelde normen kan behulpzaam zijn. Wat is openheid en transparantie? Hoe ver gaat deze en hoe weegt deze op tegen privacy overwegingen? Hoe creëer je een lerende organisatie en een open cultuur? Hierbij kan de organisatiekunde behulpzaam zijn.

Samengevat is te stellen dat er in politiek en maatschappij met enige regelmaat getwijfeld wordt aan het morele kader en deugdzame karakter van zorgbestuurders. Dit hangt mede samen met het gegeven dat er in de zorg verschillende waarden in het geding kunnen zijn die ook verschillend worden gewogen. Deugden zoals verantwoordelijkheid, rechtvaardigheid, zorgvuldigheid, bezinning, zelfdiscipline, flexibiliteit, moed, vastberadenheid en trots zouden, op basis van wat hiervoor is besproken, kunnen

gelden als 'dienstverleningsethos'. Het expliciteren van een dergelijk ethos helpt om te komen tot een gedragen normenkader wat de *license to lead* van zorgbestuurders kan vergroten. Wanneer waarden botsen of 'waardenverstrengeling' ontstaat, helpen deze deugden de dialoog te zoeken en waarden te wegen en heroverwegen.

### 5.5 Omgang met verandering

In de deugdenethiek staat het ontwikkelen van deugdzaam handelen door gewoonten centraal. De ontwikkeling van een professioneel karakter omschrijft Sanderse (in Sanderse en Kole, 2018, p. 165) als een proces waarbij "*mensen deugden die ze privé al (deels) hebben, ook leren herkennen en toepassen in voor hun beroep typische werksituaties*". Hoewel er wel (bediscussieerde) instrumenten zijn om deugden meetbaar te maken (zie Kristjánsson in Sanderse en Kole, 2018), is het dus van belang het ontwikkelperspectief centraal te stellen - welke morele intenties, keuzes en acties zijn nastrevenswaardig - en niet zozeer om te komen tot een nieuw toetsingsinstrument. De *license to lead* van de individuele zorgbestuurder hangt onder andere af van de manier waarop hij tijdens zijn werk aan een verandering vorm weet te geven. De nulhypothese bij verandering zou moeten zijn dat veranderen niet nodig is (zie paragraaf 4.3.3). De afgelopen 15 jaar is er veel veranderd in de zorg. Voorbeelden zijn schaalvergroting (zie paragraaf 5.6), nieuwbouw/renovatie, verbeteren ICT-structuur, nieuwe vormen van samenwerking en veranderingen in de topstructuur. De mate van *in control* zijn van zorgbestuurders wordt bepaald door hun inzicht in de fase waarin de organisatie zich bevindt en hun kundigheid om in deze fase op de juiste wijze te sturen. Zorgbestuurders hebben invloed op het zichtbaar maken van problemen die ten grondslag liggen aan een verandering en de manier waarop ze de organisatie hier doorheen sturen. In de praktijk worden veranderingen niet altijd vormgegeven volgens de fasering zoals die in paragraaf 4.3.2 omschreven is. Soms wordt het middel (bijvoorbeeld fusie) centraal gesteld en niet het doel (bijvoorbeeld toegankelijkheid van zorg door 24 uur per dag bereikbaar te zijn, wat voldoende personele bezetting vraagt).

De bestuurder brengt zijn eigen kennis en ervaring mee om veranderingen vorm te geven. In het proces worden door de bestuurder strategische keuzes gemaakt en wordt gezocht naar draagvlak en beïnvloedingsmacht (zie paragraaf 3.6). Het zoeken naar de beste organisatievorm voor goede zorgverlening, heeft effect op de inrichting van de top van de organisatie. Idealiter in die volgorde. Wanneer persoonlijke motieven, zoals meer aanzien, ten grondslag liggen aan het inzetten van een verandering kan dit afbreuk doen aan de *license to lead* van zorgbestuurders als collectief. Zorgbestuurders als collectief kunnen hier actief op sturen door onkunde te verminderen middels een *license to practice*. Eerder is gesproken over *evidence based* werken (zie paragraaf 4.4.1).

Voor de uitkomstlegitimiteit van zorgbestuurders als groep is het van belang aan te tonen dat de veranderingen die ze doorvoeren bewezen resultaat hebben. Dit effect kan bijvoorbeeld zijn het stroomlijnen van de zorg rondom de cliënt/patiënt, innovatie, kwaliteitsverbetering en het continueren van zorg en werkgelegenheid in tijden van bezuiniging. Zoals gezegd is er soms een existentiële noodzaak om te veranderen. Financiële successen zijn sowieso lastig in tijden van bezuiniging. Factoren die gemeten kunnen worden zijn ziekteverzuim, doorloop van personeel, openstaande vacatures, de financiële staat en het innovatie potentieel. Soms is de uitkomst van een verandering dat een deel van de zorg of een deel van de medewerkers wordt afgestoten respectievelijk ontslagen. Een positieve uitkomst voor deze medewerkers kan zijn dat de bestuurder heeft zorggedragen dat ze bij een andere organisatie aan het werk kunnen.

De vraag is wanneer het effect van de verandering merkbaar wordt en of deze dan nog gekoppeld wordt aan de verandering die is doorgevoerd. Er zijn omgevingsfactoren die de duurzaamheid van de verandering beïnvloeden, zoals wijzigingen in het overheidsbeleid en contracten met een korte doorlooptijd met verzekeraars. Een belangrijke factor is budgetvermindering door overheidsmaatregelen. Het doorvoeren van maatregelen in dit kader kan de *license to lead* van een bestuurder bij cliënten/patiënten en medewerkers negatief beïnvloeden. Er zijn vele manieren op krimp door te voeren, een taak van bestuurders is om deze goed te begeleiden en sturen. De beslissingen die moeten worden gemaakt in tijden van krimp, zijn beslissingen die in commerciële bedrijven anders gaan dan in zorginstellingen, omdat de instellingen ook een maatschappelijke functie hebben. Of de veranderingen voldoende zijn om alle vormen van zorg te blijven garanderen en betaalbaar te houden en of dit ook voldoende is voor de zorgbeleving van cliënten/patiënten, is de vraag. Het RIVM spreekt over een verdubbeling van de zorgkosten in 2040 ten opzichte van 2015. Uitkomstlegitimiteit krijgen is voor zorgbestuurders dus een lastige opgave.

De mate waarin de zorgbestuurder zijn beleid weet te 'verankeren', heeft invloed op de mate waarin zijn beleid wordt voortgezet na zijn vertrek. Het afzien van verandering van de opvolger (duurzame visie) kan bijdragen aan de *license to lead* van zorgbestuurders als collectief wanneer hiermee wordt gekoerst op een bewezen positief effect. Hierbij speelt een belangrijke rol dat er draagvlak is voor het beleid en dat de vorm die wordt gekozen aansluit op het beoogde doel. Ook de timing en tijdsplanning zijn van belang. Wanneer het proces moeizaam verloopt, kan dit ook afbreuk doen aan de *license to operate* van de organisatie. Bijvoorbeeld als er een bestuurscrisis ontstaat. Ook kunnen organisaties verandermoe worden wanneer veranderingen elkaar te snel opvolgen. De proceslegitimiteit speelt dus een rol. Door schaalvergroting is de manier waarop de processen in de organisatie worden vormgegeven belangrijker dan de persoonlijke relatie, omdat bestuurders niet met iedereen een persoonlijke relatie kunnen onderhouden.

Samengevat is er door de veranderende context veel verandert in zorginstellingen. Voor de uitkomstlegitimiteit van zorgbestuurders als collectief is het van belang dat deze veranderingen bewezen effecten hebben. In het algemeen geldt dat wanneer het doel van de verandering niet wordt gedragen door de organisatie intern of extern, draagvlak voor de uitkomst kan ontbreken. Om het effect van een verandering zichtbaar te maken, is het van belang dat aandacht besteed wordt aan de proceslegitimiteit en goed wordt nagedacht over het beoogde doel van de verandering, de gekozen vorm, de timing en tijdsplanning. De uitkomstlegitimiteit speelt ook voor de raad van bestuur als orgaan een rol.

## 5.6 Schaalvergroting

Schaalvergroting is een zichtbaar effect van het werk van bestuurders, dit heeft ermee te maken dat een fusie moeilijk ongedaan te maken is. Uit onderzoek van Postma (2015) blijkt dat bij pers, politiek en professionals vaak andere waarden een rol spelen bij het bepalen van de goede schaal dan voor bestuurders, bijvoorbeeld persoonlijke aandacht voor de cliënt/patiënt in plaats van bijvoorbeeld de betaalbaarheid van de zorg.

Afwegingen voor een bepaalde schaal kunnen gekoppeld worden aan de mate waarin de organisatie *in control* is: wellicht ziet een bestuurder de fusie als noodzakelijk voor het bestaansrecht/stand blijven houden/zorg blijven leveren. Uit het genoemde onderzoek van Postma (2015) en Roos (2018) blijkt dat 28% van de respondenten van hun enquête vanwege financiële redenen besluit te fuseren. De meest voorkomende redenen, het verbeteren van het zorgaanbod (69%) en het versterken van de marktpositie (63%) en efficiëntie (46%), kunnen zowel gaan om het vechten voor het bestaansrecht als het *in control* komen als het *in control* zijn. Janssen (2017) schat, zoals gezegd, dat ongeveer 20% van de zorginstellingen onder bijzonder beheer staat. Een conclusie kan dus zijn dat een fusie een manier is om faillissement te voorkomen. Hierdoorheen speelt de vraag of zorginstellingen in staat zijn *in control* te zijn en hoeveel instellingen zich daadwerkelijk in een positie bevinden dat ze systematisch bestuurd kunnen worden of dat er zoveel disruptieve effecten zijn dat voortbestaan de primaire focus is. Dan is het al een gunstige uitkomst als het huidige aanbod/de huidige klanttevredenheid in stand blijft. Dit zou ook het gebrekkige bewijs voor de toegevoegde waarde van fusies kunnen verklaren: wellicht was het zonder de fusie nog veel slechter afgelopen door de veranderende context. Maar ook andere afwegingen spelen een rol, zoals blijkt uit onderzoek van Roos (2018) en Postma (2015, zie paragraaf 3.6).

Het gebrek aan bewijs voor schaalvergroting leidt bijvoorbeeld tot overheidsmaatregelen om de handelingsruimte van zorgbestuurders verder te reguleren en daarmee in te perken. Zo is er bij wet geregeld dat de Minister van VWS de bevoegdheid heeft

om een aanwijzing te geven om de zorginstelling op te splitsen vanwege redenen van ernstige afbreuk aan de kwaliteit van zorg (artikel 28 Wkkgz, zie ook Dekker en Sijmons, 2013, voor kanttekeningen bij deze bevoegdheid). Ook wordt gezocht naar manieren om de medezeggenschap en voornamelijk de cliëntenraad meer inspraak te geven bij fusies. In het rapport 'Medezeggenschap op maat: onderzoek naar de wijze waarop vorm en inhoud wordt gegeven aan medezeggenschap van cliënten in de zorg' van het Verwey-Jonker Instituut (2015) in opdracht van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport wordt aangegeven: *"Uit de vraaggesprekken komt naar voren dat waar zich conflicten voordoen tussen bestuur en cliëntenraad, deze vaak betrekking hebben op meer bestuurlijke thema's, zoals organisatieverandering, financieringskwesties, fusies of overnames. Er is in die gevallen sprake van duidelijk tegengestelde belangen en verstoorde werkverhoudingen. Ook hier speelt de opstelling van het bestuur een rol, in die zin dat het zich in deze gevallen terughoudend en formeel opstelt ten aanzien van de medezeggenschap. De cliëntenraad wordt in dit verband voornamelijk gezien als een factor die de besluitvorming nodeloos vertraagt. Ook komt het voor dat het bestuur slechts met één (centrale) cliëntenraad wenst samen te werken en niet met de raden per organisatieonderdeel. Het ontbreekt in die gevallen aan een vertrouwensrelatie, aldus respondenten uit cliëntenraden."* (p. 30). Tweede Kamerleden Leijten (SP) en Bouwmeester (PvdA) merkten op dat cliëntenraden en ondernemingsraden soms een fusie wilden blokkeren, maar de bestuurder simpelweg niet luisterde en dat daarom de raden meer rechten moeten krijgen in wetgeving (Kamerstuk II 2014/15, 32012, nr. 33).

Wanneer de organisatie groter is geworden kan het gevoel van verbondenheid en eenheid onder druk komen te staan. De voordelen van een professionelere organisatie, zoals carrièrekansen, zijn dan van belang om de tevredenheid gelijk te houden.

Samengevat doet het gebrek aan bewijs voor het nut van schaalvergroting afbreuk aan de *license to lead* van zorgbestuurders als collectief. Ook voor individuele zorgbestuurders en raden van bestuur kan schaalvergroting de *license to lead* negatief beïnvloeden wanneer de belangenafweging onduidelijk is of niet aansluit bij de belangrijkste waarden voor belanghebbenden of wanneer het proces van schaalvergroting niet op een goede manier wordt vormgegeven, bijvoorbeeld qua fasering, het betrekken van belanghebbenden of het centraal stellen van doel (denk aan beter beschikbare zorg) boven middel (fuseren). Op basis van dit onderzoek valt niet te concluderen dat schaalvergroting niet moet plaatsvinden, maar dat het van belang is aan te tonen welk doel wordt beoogd en welk effect de schaalvergroting heeft. Dit sluit aan bij de conclusie in 5.5 over veranderingen in het algemeen.

## 5.7 Conclusie

In het volgende hoofdstuk worden overkoepelende conclusies getrokken. Hierna is de analyse van het verschil tussen theorie en praktijk voor het bouwen aan de *license to lead* op de verschillende niveaus van individuele zorgbestuurder, raad van bestuur als orgaan en zorgbestuurders als collectief besproken.

### 5.7.1 De *license to lead* van de individuele zorgbestuurder

Samengevat (zie paragraaf 3.9.1 en figuur 28) is er de volgende relatie tussen de *license to lead* van de individuele zorgbestuurder waarbij de theorie en de praktijk zijn vergeleken.

Individuele zorgbestuurder	Theorie	Dominant in de praktijk
<b>Persoonlijke legitimiteit</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Juridische normstelling</li> <li>- Professionalisering</li> <li>- Wervingsproces</li> <li>- Machtstructuur en fase organisatie</li> <li>- Intellectuele en morele kennis, keuzes en gedrag</li> <li>- Gedeeld moreel kader</li> </ul>	- Machtstructuur organisatie
<b>Proceslegitimiteit</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Semipublieke <i>setting</i></li> <li>- Juridische normstelling</li> <li>- Machtstructuur en fase organisatie</li> <li>- Intellectuele en morele kennis, keuzes en gedrag</li> <li>- Gedeeld moreel kader</li> </ul>	- Intellectuele kennis, keuzes en het gedrag
<b>Uitkomstlegitimiteit</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Juridische normstelling</li> <li>- Machtstructuur en fase organisatie</li> <li>- Intellectuele en morele kennis, keuzes en gedrag</li> <li>- Gedeeld moreel kader</li> </ul>	- Morele kennis, keuzes en gedrag

**Figuur 32:** de relatie tussen de verschillende legitimiteitsvormen en de *license to lead* van individuele zorgbestuurders waarbij de theorie en praktijk zijn vergeleken.

Individuele zorgbestuurders hebben zeer beperkt invloed op wet- en regelgeving en codes (de juridische normstelling), de morele overtuigingen van hun omgeving (gedeeld moreel kader) en de manier waarop hun eigen werving verloopt en beperkte invloed op de machtstructuur en de fase van de organisatie (deze invloed zal in de ene organisatie groter zijn dan in de andere). Het is dan ook logisch dat zorgbestuurders bij het zoeken naar draagvlak vooral zichzelf als instrument inzetten. Daarom is het ook logisch dat in de praktijk van het bouwen aan de *license to lead* sommige elementen voor individuele zorgbestuurders een minder grote rol spelen, zoals de juridische normstelling.

Bovendien blijkt in de praktijk dat het voldoen aan wet- en regelgeving niet voldoende is om draagvlak te krijgen. Ook het hebben van ervaring en kennis is niet voldoende: draagvlak wordt in de praktijk ook verkregen door meer informele processen (een gezellig etentje met de medebestuurder).



In de praktijk is een ontwikkeling te zien met betrekking tot andere elementen, waarbij (mede door schaalvergroting) formele toetsing (op basis van wet- en regelgeving) een belangrijkere rol heeft gekregen, zoals de inbreng van de medezeggenschap bij werking van een bestuurder en bij het besluitvormingsproces (wat ook de machtsstructuur in een organisatie verandert). Binnen de kaders die institutionele arrangementen geven, creëren individuele zorgbestuurders ook weer handelingsruimte.<sup>59</sup> In deze dissertatie is bijvoorbeeld de rol van de bestuurder bij veranderingen besproken. De bestuurder brengt zijn eigen kennis en ervaring mee om veranderingen vorm te geven. In het veranderingsproces maakt de bestuurder strategische keuzes en zoekt hij naar draagvlak en beïnvloedingsmacht. Het is de taak van de bestuurder om op basis van de eigen ervaring en kennis de onzekere toekomst hanteerbaar te maken en met een kritische blik te kijken naar het bestaande. Bij de strategische keuzes is het van belang dat de vorm die wordt gekozen voor de verandering congrueert met het doel, past binnen de juridische en fiscale kaders en dat wordt gekozen voor een passende timing en fasering. Draagvlak wordt gezocht door kaders te scheppen, zichtbaar te zijn, actie te ondernemen op basis van een heldere visie, tegenmacht te organiseren, een vertrouwensrelatie op te bouwen en te zoeken naar extensies, verbindingen, ontmoetingsplaatsen en begrenzingen. Ook wordt soms besloten dat (een deel van) de medewerkers niet passen bij de toekomstige uitdagingen. Dit kan leiden tot ontslagen in plaats van zoeken naar draagvlak. Beïnvloedingsmacht wordt gecreëerd door (lokaal en landelijk) te werken aan een vertrouwensrelatie, nevenfuncties te vervullen zoals deelname aan het bestuur van een brancheorganisatie en media-aandacht te zoeken voor de problematiek van de cliënten/patiënten. Het aanscherpen van de normstelling op collectief niveau biedt in de praktijk dus ook juist weer handelingsruimte, zoals de ruimte voor interpretatie binnen de kaders van de Governancecode Zorg 2017.

Toch zijn er ook andere manieren van bouwen aan draagvlak denkbaar: de intellectuele kennis, kunde en gedrag zouden ook kunnen leiden tot persoonlijke legitimiteit ('op basis van mijn ervaring kan ik deze risico inschatting maken') en uitkomstlegitimiteit ('uit wetenschappelijke inzichten blijkt dat deze methodiek tot de beste resultaten leidt, dus daarom doen we het op deze manier') wanneer zorgbestuurders zich hier vaker op beroepen. Morele kennis, keuzes en gedrag kunnen ook worden ingezet om persoonlijke legitimiteit en proceslegitimiteit te krijgen door intenties en waardenafwegingen

---

59 Deze bevinding sluit aan op Putters, 2009, die vier hulpbronnen omschrijft voor zorgbestuurders om legitimiteit voor zijn handelen te vinden: "*de institutionele vormgeving (zoals rechtsvormen), de interacties met de omgeving (zoals samenwerking), de informatie en kennis die gebruikt worden (bijvoorbeeld ervaringsdeskundigheid), en de intuïties van bestuurders zelf (zoals het al dan niet inzetten op winstoogmerk).*" (p. 11)

te bespreken. Zo kan er draagvlak ontstaan voor de bestuurder ondanks dat belanghebbenden niet achter de uiteindelijke keuzes staan.

De *license to lead* van individuele zorgbestuurders zou, kortom, kunnen worden vergroot wanneer meer aandacht is voor de andere elementen die op basis van de theorie van belang zijn. Per geval zal het ene element meer van belang zijn dan het andere. Bijvoorbeeld in een organisatie die financieel in de problemen is, zal de intellectuele kennis van de bestuurder op financieel gebied en zijn kennis om de organisatie verder te helpen relevanter zijn dan zijn morele overtuigingen over wat bijvoorbeeld goede zorg is en of deze overtuigingen aansluiten bij de opvattingen in de organisatie (gedeeld moreel kader).

### 5.7.2 De *license to lead* van raden van bestuur

Samengevat (zie paragraaf 3.9.2 en figuur 29) zijn voor het draagvlak van raden van bestuur als orgaan in de praktijk de volgende elementen dominant.

Ook raden van bestuur, net als individuele zorgbestuurders, hebben zeer beperkt invloed op wet- en regelgeving en de veranderende context. Raden van bestuur hebben als orgaan meer invloed dan individuele zorgbestuurders op de machtsstructuur binnen de organisatie. Deze wordt bijvoorbeeld mede bepaald door de manier waarop over voorgangers en medebestuurders wordt gesproken. Wanneer iedere vier jaar een nieuwe bestuurder in de raad van bestuur komt die zijn voorganger en/of medebestuurder zwart maakt, zal dit de positiemacht van de raad van bestuur als orgaan negatief beïnvloeden, zeker voor medewerkers die lang in dezelfde organisatie werken. Die zullen zich in toenemende mate om de raad van bestuur heen gaan bewegen (dit wordt ook wel eens omschreven als het creëren van 'konijnenpaadjes'). Het gevolg is dat niet alleen het gezag van de raad van bestuur verloren gaat, maar ook dat de resultaten die een raad van bestuur heeft bereikt na een wisseling van personen gemakkelijk weer ongedaan gemaakt worden. Dit zal minder snel gebeuren bij beslissingen die op brede steun kunnen rekenen.

Raden van bestuur kunnen hun eigen *license to lead* vergroten door voorbij de grenzen van de eigen zittingsduur te kijken en aandacht te besteden aan het gezag van de raad van bestuur ook na het eigen vertrek (3). Ook bij het wervingsproces is dit van belang: zoeken ze de beste medebestuurder voor de organisatie of iemand waar ze een 'klik' mee hebben? Hoewel ook deze klik van belang is om als raad van bestuur te functioneren, is te hopen dat andere aspecten (kennis, kunde, ervaring) domineren.

<i>Raad van bestuur</i>	<b>Theorie</b>	<b>Dominant in de praktijk</b>
<b>Persoonlijke legitimiteit</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Juridische normstelling</li> <li>- Professionalisering</li> <li>- Wervingsproces</li> <li>- Machtsstructuur en fase organisatie</li> <li>- Omgang met verandering</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Machtsstructuur organisatie</li> </ul>
<b>Proceslegitimiteit</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Semipublieke <i>setting</i></li> <li>- Juridische normstelling</li> <li>- Machtsstructuur en fase organisatie</li> <li>- Omgang met verandering</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Machtsstructuur organisatie</li> <li>- Omgang met verandering</li> <li>- Juridische normstelling</li> </ul>
<b>Uitkomstlegitimiteit</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Juridische normstelling</li> <li>- Machtsstructuur en fase organisatie</li> <li>- Omgang met verandering</li> <li>- Veranderende context</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Gedrag (waardenafweging) waaronder de omgang met verandering</li> <li>- Fase van de organisatie</li> </ul>

**Figuur 33:** de relatie tussen de verschillende legitimiteitsvormen en de *license to lead* van raden van bestuur waarbij de theorie en praktijk zijn vergeleken.

### 5.7.3 De *license to lead* van zorgbestuurders als collectief

Uit dit onderzoek blijkt dat de *license to lead* voor zorgbestuurders als collectief zich in positieve richting lijkt te ontwikkelen waarbij er een steeds duidelijker beeld ontstaat bij de maatschappij en bij zorgbestuurders zelf (dat ook in overeenstemming met elkaar is) van wat een goede bestuurder is. Een aantal typerende elementen voor het winnen van draagvlak als beroepsgroep ontbreekt bij zorgbestuurders:

- Er is geen erkende vooropleiding.
- Er is beperkt vertrouwen vanuit de politiek in het zelfreinigend vermogen van de beroepsgroep.
- Aanname gebeurt niet door bestuurders zelf.
- Het beeld van wat goed besturen is, is - maar wordt steeds minder - diffuus.
- De groep krijgt geen autonomie.
- De beloning van zorgbestuurders staat ter discussie.

Kortom, op collectief niveau is er aandacht voor het vergroten van de *license to lead* wat in de praktijk ook effect heeft, al zijn er ook nog aanbevelingen te doen.

<i>Zorgbestuurders als collectief</i>	<b>Theorie</b>	<b>Dominant in de praktijk</b>
<b>Persoonlijke legitimiteit</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Juridische normstelling</li> <li>- Vakontwikkeling</li> <li>- Wervingsproces</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Juridische normstelling</li> <li>- Vakontwikkeling</li> </ul>
<b>Proceslegitimiteit</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Semipublieke <i>setting</i></li> <li>- Juridische normstelling</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Semipublieke <i>setting</i></li> <li>- Juridische normstelling</li> </ul>
<b>Uitkomstlegitimiteit</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Semipublieke <i>setting</i></li> <li>- Juridische normstelling</li> <li>- Veranderende context</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Semipublieke <i>setting</i></li> <li>- Juridische normstelling</li> </ul>

**Figuur 34:** de relatie tussen de verschillende legitimiteitsvormen en de *license to lead* van zorgbestuurders als collectief waarbij de theorie en praktijk zijn vergeleken.

Zorgbestuurders als collectief hebben meer invloed op de context dan individuele zorgbestuurders of raden van bestuur. Zij kunnen als collectief meepraten over wet- en regelgeving en zelf institutionele teksten (oftewel de juridische normstelling) ontwikkelen. Door collectieve institutionaliseringsacties van zorgbestuurders zelf, zoals het ontwikkelen van een governancecode en een accreditatietraject, is overheidsingrijpen bij bijvoorbeeld de werving van zorgbestuurders (tot nu toe) uitgebleven, terwijl dit in andere sectoren wel heeft plaatsgevonden. Aandacht op collectief niveau voor een meer transparante en eenduidige inrichting van het wervingsproces kan bijdragen aan het vergroten van de *license to lead* van zorgbestuurders. Ditzelfde geldt voor het op collectief niveau bespreekbaar maken van de uitdagingen waar het zorgstelsel voor staat.











## 6.1 Inleiding

In dit onderzoek staat de vraag centraal: 'Hoe bouwen zorgbestuurders aan hun *license to lead*?' De *license to lead* is gedefinieerd als 'draagvlak om te besturen'. De onderzoeksvraag is in drie deelvragen beantwoord:

- 1 Hoe bouwen zorgbestuurders in de praktijk (op basis van de voor dit onderzoek verzamelde empirische data) aan hun *license to lead* (beschrijving praktijk)?
- 2 Welke methoden leiden volgens theoretische inzichten tot het vergroten van de *license to lead* (beschrijving theorie)?
- 3 In hoeverre leiden de acties van zorgbestuurders tot het vergroten van hun *license to lead* (analyse van de praktijk met behulp van de theorie)?

De zeven belangrijkste conclusies in dit onderzoek worden hierna op basis van de drie onderzoeksvragen (aangegeven met (1), (2) of (3)) behandeld. Deze zijn op de drie onderzoeksniveaus besproken, namelijk het niveau van:

- de individuele zorgbestuurder,
- de raad van bestuur als orgaan en
- zorgbestuurders als collectief.

Ieder van deze niveaus is samengesteld uit individuele zorgbestuurders. Het onderscheid tussen de niveaus is gemaakt omdat draagvlak op het ene niveau niet (altijd) gelijk opgaat met draagvlak op het andere niveau. Dit geldt zelfs voor eenhoofdige raden van bestuur, waarbij te verwachten zou zijn dat het eerste en het tweede niveau identiek zijn. Echter, bij het eerste niveau gaat het om individueel draagvlak wat bijvoorbeeld kan leiden tot morele autoriteit (gezag). Bij het tweede niveau gaat het om formele/positiemacht. Uit dit onderzoek blijkt dat de verschillende niveaus niet los van elkaar staan. Daarom wordt hierna de wisselwerking tussen de niveaus besproken. Daarna volgen eerst de wetenschappelijke implicaties van dit onderzoek. In paragraaf 6.4 worden de praktische implicaties besproken, waarin ook de aanbevelingen staan.

## 6.2 Zeven conclusies

### **Eerste conclusie: de mate van draagvlak wordt beïnvloed door de manier waarop de zorgbestuurder hieraan werkt**

In figuur 31 zijn de bouwstenen van de *license to lead* weergegeven. De mate waarin er draagvlak is, kan verschillen (3). Er kan legitimiteit zijn, goedkeuring of vertrouwen, waarbij legitimiteit de ondergrens van draagvlak is en vertrouwen het hoogste niveau. Hierbij kunnen bestuurders zichzelf als instrument gebruiken: hun persoonlijkheid (persoonlijke legitimiteit), de manier waarop ze het besluitvormingsproces inrichten (proceslegitimiteit) en het resultaat dat ze weten te bereiken (uitkomstlegitimiteit) leiden tot een verschillende mate van draagvlak.

De mate van draagvlak is opgebouwd van onder naar boven: om niet alleen legitimiteit maar ook goedkeuring te krijgen, is niet alleen proceslegitimiteit maar ook persoonlijke legitimiteit nodig en voor vertrouwen zijn alle drie de vormen van legitimiteit van belang. Vertrouwen is dus gebaseerd op zowel draagvlak voor de manier waarop de zorgbestuurder het besluitvormingsproces inricht als voor de bestuurder als persoon als voor de uitkomsten die hij weet te bereiken. Voorgaande is te koppelen aan de *license to lead* zoals omschreven in figuur 31. Het gaat dan in de onderste lagen om een vorm van proceslegitimiteit. Voor de verdieping van een gedeeld moreel kader<sup>60</sup> is persoonlijke legitimiteit van belang en voor de bovenste verdieping uitkomstlegitimiteit.

Niveau van <i>license to lead</i>	Dominante vorm van legitimiteit	Element van de <i>license to lead</i>
Vertrouwen	Uitkomstlegitimiteit	Bijdrage aan de toekomst van de organisatie en goede, toegankelijke en betaalbare zorg
Goedkeuring	Persoonlijke legitimiteit	Een gedeeld moreel kader
Legitimiteit	Proceslegitimiteit	Acceptatie voor bestuurder(s) en organisatie

**Figuur 35:** de relatie tussen de mate van de *license to lead*, de dominante vorm van legitimiteit en bepalende bouwstenen van de *license to lead*.

Om de *license to lead* duurzaam en zowel op individueel als op collectief niveau te behouden, zijn alle genoemde bouwstenen uit figuur 31 relevant. Wanneer aan al deze aspecten wordt gewerkt, kan dit leiden tot duurzaam draagvlak.

Het huis is van onder naar boven opgebouwd. De onderste lagen zijn dus van belang voor een solide bovenlaag. Andersom heeft het ook effect op de stevigheid als de bovenste lagen ontbreken.

<sup>60</sup> In deze dissertatie is vanuit verschillende invalshoeken gekeken naar goed bestuur. In de wetenschap wordt gediscussieerd over de vraag of wat een goed bestuurder is contextgebonden is of dat er algemene uitspraken te doen zijn over wat een goed bestuurder is. In dit onderzoek is de rol van de context besproken en wordt een aantal normen voor goed bestuur genoemd die in iedere context gelden. Wat een goede zorgbestuurder is, is dus deels afhankelijk van de context en deels contextonafhankelijk. Vanuit ethisch perspectief zijn er verschillende opvattingen over de vraag hoe wordt bepaald wat goed is. In dit onderzoek worden met een goede zorgbestuurder de – meer of minder intersubjectieve – opvattingen bedoeld over wat de goede motieven, werkwijzen en resultaten van een zorgbestuurder zijn. De normen die hieraan richting geven, worden gevormd door zowel de samenleving als door de zorgbestuurder zelf. Samen vormen deze het moreel kader voor het handelen van zorgbestuurders. Het voldoen aan de normstelling kan draagvlak opleveren.

### **Tweede conclusie: institutionalisering kan de *license to lead* versterken, mits op de juiste manier ingezet**

Institutionele arrangementen bestaan uit formele en informele regels, normen en gebruiken. In deze dissertatie wordt duidelijk dat institutionele arrangementen zoals een governancecode en een accreditatietraject gebruikt kunnen worden om draagvlak te vergroten. Institutionele arrangementen dragen alleen bij aan draagvlak wanneer zij voortkomen uit een gedeeld moreel kader of vormend kunnen zijn voor dit kader (2). Door het accreditatiesysteem is er in de politiek afgezien van verdere wetgeving zoals de invoering van een wettelijke geschiktheidstoets: in de politiek is er (vooralsnog) voldoende draagvlak voor het zelfreinigend vermogen van zorgbestuurders (2). Dit sluit aan bij de theorie over instituties waarbij zowel formele als informele controle worden genoemd als een manier om vertrouwen te vergroten. Maar institutionalisering door het creëren van formele regels kan ook juist een uiting zijn van een afname van draagvlak (2). Wet- en regelgeving is deels voortgekomen uit een gebrek aan vertrouwen (1). Wanneer medezeggenschap bijvoorbeeld alleen wordt ingevuld zoals vastgelegd in formele regels, maar niet door een praktijk waarin het betrekken van belanghebbenden de norm is en een vanzelfsprekendheid, dan leidt de wetgeving tot rechten van medezeggenschapsorganen, maar niet tot draagvlak voor zorgbestuurders. Wanneer de discussie over de rol van de medezeggenschap in onder meer de politiek leidt tot een bewustwordingsproces waarbij inspraak normaal gebruik wordt, dan zijn de formele regels vormend voor een gedeeld moreel kader over het belang van inspraak van medewerkers en cliënten/patiënten. Deze praktijk kan het draagvlak voor zorgbestuurders vergroten.

Institutionalisering leidt dus tot draagvlak wanneer deze voortkomt uit een gedeeld moreel kader of vormend is hiervoor. Hiermee wordt bedoeld dat institutionalisering leidt tot draagvlak wanneer deze bijdraagt aan de consensus over wat goede motieven, werkwijzen en resultaten van zorgbestuurders zijn. Wanneer consensus is over deze zaken bij de verschillende belanghebbenden en de maatschappij, kan hier ook aan 'getoetst' worden (formeel en informeel).

### **Derde conclusie: een goede zorgbestuurder is een professionele, legitieme en effectieve en doelmatige bestuurder**

Door institutionalisering in onder andere wet- en regelgeving, het accreditatietraject en de Governancecode Zorg 2017 zijn voor goede zorgbestuurders de volgende normen geformuleerd, die hier zijn samengevat rond persoon van de bestuurder, proces van besluitvorming en verwachte uitkomst:

<b>Persoon</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verantwoordelijk,</li> <li>• reflectief en adaptief,</li> <li>• deskundig: inzicht in               <ul style="list-style-type: none"> <li>- managementprocessen,</li> <li>- leiderschap,</li> <li>- organisatiekunde,</li> <li>- zorgprocessen,</li> </ul> </li> <li>• competent: ervaring met het werken volgens bovenstaande inzichten,</li> <li>• authentiek en betrokken,</li> <li>• inkomen niet primaire focus</li> </ul>
<b>Proces</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Zorgvuldig,</li> <li>• gemotiveerde besluiten,</li> <li>• gelijke behandeling gelijke gevallen,</li> <li>• betrekken en begrijpen belanghebbenden,</li> <li>• doelgericht,</li> <li>• afspraak is afspraak,</li> <li>• toetsbaar en open,</li> <li>• verantwoording afleggen,</li> <li>• rolvast</li> </ul>
<b>Uitkomst</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>In control</i>,</li> <li>• effectief,</li> <li>• bewaken, beheersen en verbeteren kwaliteit zorg</li> </ul>

**Figuur 36:** het door de maatschappij en zorgbestuurders zelf geformuleerde normenkader voor een goede zorgbestuurder.

In dit onderzoek zijn op basis van de deugdenethiek die zijn oorsprong vindt bij Aristoteles, de bij de genoemde normstelling (zie figuur 36) relevante deugden geformuleerd. Bij het bouwen aan proceslegitimiteit zijn deugden zoals verantwoordelijkheid, rechtvaardigheid en zorgvuldigheid van belang. Bij het bouwen aan persoonlijke legitimiteit zijn deugden zoals bezinning, zelfdiscipline en flexibiliteit van belang. Bij het bouwen aan uitkomstlegitimiteit zijn deugden zoals moed, vastberadenheid en trots van belang.

Dit figuur 36 biedt inzicht in wat van een zorgbestuurder door de maatschappij en door andere zorgbestuurders wordt verwacht. Binnen de normen in dit kader is nog veel interpretatieruimte mogelijk: hoe verhouden de verschillende elementen zich tot elkaar? Waar ligt de nadruk? Aan wie verantwoording af te leggen? Wat is rolvastheid? Hoe om te gaan met conflicterende waarden tussen belanghebbenden?

Hoewel de normen voortkomen uit diverse institutionele teksten, is de ordening zoals hier gegeven nieuw. Dit normenkader zou behulpzaam kunnen zijn voor raden van toezicht om bestuurders te evalueren en voor verdere vakontwikkeling en het accreditatietraject van zorgbestuurders.

#### **Vierde conclusie: het zijn van een professionele, legitieme, effectieve en doelmatige bestuurder is geen garantie voor draagvlak**

Op basis van de theorie zou te verwachten zijn dat een professionele, legitieme, effectieve en doelmatige zorgbestuurder (in paragraaf 5.4 wordt nader op deze elementen ingegaan) draagvlak krijgt (2). In de praktijk blijkt dit niet altijd het geval (1). Door het ontbreken van harde eisen aan zorgbestuurders is er geen kwaliteitsgarantie dat iedere zorgbestuurder voldoet aan het geschetste normenkader. Zo wordt bij de werving van zorgbestuurders soms volstaan met een informele toets om de klik met de raad van toezicht en medebestuurder te onderzoeken. Dit leidt niet altijd tot het benoemen van de meest passende bestuurder bij de organisatie (1). In individuele gevallen is het zijn van een professionele, legitieme, effectieve en doelmatige bestuurder dus geen garantie voor draagvlak (3). Er is een groot verschil tussen hoe individuele zorgbestuurders in de praktijk hun *license to lead* verkrijgen en hoe ze dit op basis van de theorie op de meest effectieve manier zouden moeten doen. Het gedeelde normenkader is dus in ontwikkeling en kan verder verstrekt en verankerd worden om de *license to lead* van zorgbestuurders te vergroten. Het gaat niet om het maken van een 'afvinklijst', maar om het toetsen door *gatekeepers* van de kunde en intrinsieke motivatie van zorgbestuurders om dit normenkader na te streven.

#### **Vijfde conclusie: de context bepaalt mede de *license to lead*; vooral de semipublieke setting en de aansluiting van de bestuurder bij de organisatie zijn hierbij relevant**

In het theoretische kader is gesproken over de drie lagen van invloed van

1. de context,
2. institutionele arrangementen en
3. zorgbestuurders zelf

op de *license to lead* van zorgbestuurders (zie figuur 7) (2). Hiervoor is het werk van zorgbestuurders zelf besproken, immers onderzoekssubject. Door een combinatie van de literatuur en de voor dit onderzoek verzamelde kwalitatieve data is inzichtelijk gemaakt dat de context een rol speelt en dat de belangrijkste contextfactoren ook te benoemen zijn (1 en 2). Hoewel dus in iedere situatie een verschillende combinatie van factoren een rol kan spelen, is niet iedere situatie zo uniek dat er geen meer generaliseerbare uitspraken over te doen zijn. De volgende contextfactoren worden in dit onderzoek benoemd die een (meer of minder belangrijke) rol spelen voor de *license to lead* van individuele zorgbestuurders:

### *Maatschappelijke context*

- Overheidsbeleid;
- Dominant moreel kader in de samenleving, te weten: alle individuele en gedeelde opvattingen over wat de goede uitkomsten, goede werkwijzen en goede motieven zijn (deels vertaald in wetgeving);
- De mate waarin een samenleving/de omgeving vertrouwen kan geven, niet specifiek gericht op zorgbestuurders, maar in het algemeen.

### *Organisatie context*

- De fase waarin de organisatie zich bevindt;
- De dominante oriëntatie van de organisatie: mensgericht of systeemgericht, statisch of dynamisch;
- De mate waarin de organisatie *in control* is;
- Dominant moreel kader in de organisatie, te weten: alle individuele en gedeelde opvattingen over wat de goede uitkomsten, goede werkwijzen en goede motieven zijn;
- De *match* met voornamelijk de medebestuurder, de raad van toezicht en het management team en de verenigbaarheid/complementariteit van hun karakter;
- De voorganger.

Op deze contextfactoren hebben zorgbestuurders zelf in meer of mindere mate invloed. De factoren die zijn genoemd zijn allemaal altijd van invloed op de *license to lead* van zorgbestuurders (3). Veranderingen in de maatschappelijke context kunnen direct doorwerken op de *license to lead* van individuele zorgbestuurders, bijvoorbeeld wanneer nieuw overheidsbeleid wordt doorgevoerd (zie paragraaf 5.4) of de opvattingen in de samenleving over wat goede zorg is veranderen waardoor andere eisen aan zorgbestuurders worden gesteld.

Zoals hiervoor beschreven wordt de *license to lead* op verschillende niveaus gebouwd: het niveau van de individuele bestuurder, de raad van bestuur als orgaan en zorgbestuurders als collectief (2). In de praktijk (1) werken deze niveaus op elkaar in. Zo helpt het voor een nieuw bestuurslid om draagvlak als individu te verwerven dat zijn raad van bestuur veel draagvlak heeft. En zo doen nieuwsberichten over een (individuele) frauderende zorgbestuurder afbreuk aan de *license to lead* van zorgbestuurders als collectief. Omgekeerd is de *license to lead* van individuele zorgbestuurders kwetsbaarder door gebrek aan draagvlak voor zorgbestuurders als collectief (3). Dit laatste heeft er bijvoorbeeld (mede) toe geleid dat de minister de bevoegdheid heeft om individuele zorgbestuurders te vervangen.

Op de organisatiecontext heeft de individuele bestuurder een grotere invloed. Deze context kan meer of minder relevant zijn. Zo is de invloed van de voorganger groter wanneer deze heel veel of juist heel weinig draagvlak had en kan er wel of geen medebestuurder zijn. Voornamelijk bullet 5 en 6 onder organisatie context spelen dus een wisselende rol. De andere factoren spelen altijd een rol. Deze factoren kunnen de *license to lead* van zorgbestuurders zowel positief als negatief beïnvloeden, afhankelijk van de aansluiting van de bestuurder met de organisatie.

**Zesde conclusie: door institutionalisering bewust in te zetten zal het zijn van een professionele, legitieme, effectieve en doelmatige bestuurder in toenemende mate leiden tot draagvlak**

In deze dissertatie worden de volgende onderwerpen genoemd waarbij het bewust inzetten van institutionele arrangementen de *license to lead* van zorgbestuurders kan vergroten (1 en 2):

- Het verankeren van gedeelde opvattingen over een goede zorgbestuurder, de transparante communicatie hierover en het afmeten van bestuurders hieraan. Het accreditatietraject voor zorgbestuurders kan hier een rol in spelen. Bij de inrichting van het wervingsproces zijn nog stappen te zetten, zoals institutionele garanties voor een transparante werving gebaseerd op een breed gedragen profiel. In de verankering van normen voor zorgbestuurders zoals in codes is het van belang de context te betrekken. Het verbeteren van de kwaliteit van zorg is bijvoorbeeld pas mogelijk wanneer de organisatie enige mate van *control* heeft. Door dit soort elementen te expliciteren, kan bijgedragen worden aan een realistisch verwachtingspatroon (3). Het gaat dus om het zoeken naar en vormen van gedeelde opvattingen over een goede bestuurder in formele en informele regels en normen, maar ook om het aansluiten bij de praktijk zodat gebruiken ontstaan. Zo zou in de governancecode (extra) aandacht kunnen worden besteed aan:
  - de omgang met conflicterende doelstellingen tussen het organisatiebelang en het maatschappelijk belang, bijvoorbeeld door moreel beraad,
  - crisissituaties zoals bijzonder beheer, 'mouterij' of verscherpt toezicht, waarbij niet alleen risico indekking en ingrijpen van intern en extern toezicht handelingsstrategieën zijn, maar ook ruimte nodig is om te de-escaleren,
  - de omgang met conflicterende waarden, de bestuurder lijkt nu steeds te moeten zoeken naar overeenstemming, maar wat als dit niet haalbaar is?
  - de inrichting van het wervingsproces van zorgbestuurders (transparant, openbaar, een profiel waarin deskundigheid en organisatiecontext een rol krijgen)
  - een invulling van de professionele normstelling voor goed bestuur (over welke deskundigheid moet een bestuurder beschikken, zie ook de vorige conclusie).

Niet de verankering in de code op zich, maar het debat over deze onderwerpen en het laten ontstaan van gebruiken om goed bestuur te bevorderen, draagt bij aan draagvlak voor zorgbestuurders.

- Voor de *licence to lead* van zorgbestuurders is het goed als voor iedereen helder is in welke mate zorgbestuurders verantwoordelijk zijn voor de kwaliteit, toegankelijkheid én betaalbaarheid van de zorg – niet alleen in het kader van hun eigen instelling of regio, maar op nationaal niveau (2). Volgens de huidige juridische kaders dienen zorgbestuurders de kwaliteit van zorg systematisch te bewaken, beheersen en verbeteren (2). Zorgbestuurders hebben volgens politiek en samenleving ook een rol als het gaat om de toekomst van de zorg. Zorgbestuurders zien ook een rol voor zichzelf als het gaat om de toekomst van de zorg, maar vooral zo lang het gaat om het type zorg zoals die door hun organisatie wordt geleverd (1). Dit roept de vraag op in hoeverre zorgbestuurders in staat zijn en moeten worden geacht de toekomst van de zorg veilig te stellen. De mate waarin de verantwoordelijkheid voor de toekomst van de zorg gemeenschappelijk wordt gevoeld en gedragen bepaalt de mate waarin gezamenlijk naar oplossingen kan worden gezocht. Het maken van afspraken over verantwoordelijkheidsverdeling, succesfactoren en de omgang met tegenslagen kan hierbij behulpzaam zijn (3).

**Zevende conclusie: er is meer aandacht voor draagvlakcreatie gekomen, maar er is ook nog veel te winnen.**

In paragraaf 1.1 wordt de loopbaan van twee geïnterviewde zorgbestuurders uitgelicht (1). Bij bestuurder A is de ontwikkeling van het vak goed zichtbaar: hij gaat na twintig jaar manager/bestuurder te zijn geweest pas een opleiding volgen. Zijn verhaal laat ook zien hoe in een organisatie waar machtsstructuren domineren, morele overwegingen niet per se tot draagvlak voor het handelen leiden, maar eerder ‘politiek’ handelen. In de loopbaan van deze bestuurder ontbreken *gatekeepers*, omdat de raden van toezicht net als de raden van bestuur mee fuseren naar een nieuwe organisatie. Het resultaat van het werk van de zorgbestuurder is niet wat hij ervan hoopt, soms omdat draagvlak ontbreekt, soms door de negatieve invloed van overheidsbeleid. Het ontbreken van verschillende bouwstenen voor het verkrijgen van de *license to lead* (zie figuur 31) zijn in de loopbaan van deze bestuurder aan te wijzen als de oorzaak dat de bestuurder (in één van de instellingen waar hij werkte) zijn *license to lead* uiteindelijk is verloren. Het laat ook zien dat het ontbreken van een element niet meteen leidt tot het verlies van de *license to lead*. De bestuurder is op het moment van schrijven nog steeds actief zorgbestuurder en heeft de instelling waar hij ontslag heeft genomen ook vijf jaar bestuurd.



Bestuurder B wordt in een andere tijd dan bestuurder A bestuurder. Er zijn inmiddels actieve *gatekeepers*, namelijk *searchers* en raden van toezicht. Hij volgt een opleiding en gaat op voor accreditatie. Bij de sollicitatie en bij de besluiten die hij neemt, zoals het afzien van een fusie, is het betrekken van belanghebbenden een belangrijk onderdeel van het proces (1).

Op deze casus kan gereflecteerd worden in het licht van de ontwikkelingen die in deze dissertatie worden geschetst: de introductie van een professioneel normenkader, de rol die *gatekeepers* hebben verworven bij het werven van een bestuurder en het aanscherpen van het normenkader rond goed bestuur in wet- en regelgeving hebben de loopbaan van zorgbestuurders veranderd ten opzichte van dertig jaar geleden (3). Toch lijkt de *license to lead* ook bij B op basis van *trial and error* verkregen te worden. Zo zouden de normen voor de professionele zorgbestuurder die in deze dissertatie worden genoemd, kunnen helpen om 'beginnersfoutjes', zoals B deze noemt, te reduceren door systematisch te werken aan de eigen kennis en ervaring. Deze dissertatie biedt inzicht in de wijze waarop bewust kan worden gewerkt aan de *license to lead* in plaats van dat deze door *trial and error* moet worden verkregen.

### 6.3 Wetenschappelijke implicaties

#### Handelingsruimte

In hoofdstuk 4 is besproken dat er verschillende opvattingen in organisatiekundige theorieën en in leiderschapsliteratuur zijn over de vraag hoe dominant de context is voor het bepalen van wat als goed bestuur moet worden gezien. Uit paragraaf 4.2.2 zou kunnen worden geconcludeerd dat er een stapeling van sturingsinstrumenten voor bestuurders geldt waarbij het de vraag is of ze nog wel eigen handelingsruimte hebben en, in het verlengde daarvan, of ze wel invloed hebben op hun eigen *license to lead*. Uit dit onderzoek komt een beeld naar voren van actief sturende bestuurders die het verbeteren van de kwaliteit van zorg als leidend zien en hierbij uit de buitenwereld en de organisatie zelf halen wat nodig is om bij te dragen aan deze kwaliteit. Binnen de normstelling in wetten en codes is veel ruimte voor eigen interpretatie en dus ook invulling. Zo kan er verschil van mening zijn over wat goede zorg is. Het stelsel waarbinnen zorgbestuurders werken is, zoals geschetst, een stelsel met vele verantwoordingsinstrumenten en partijen die belangen hebben. Het leidende principe van 'goede zorg' is voor bestuurders de duidelijke vertaling van hun taak en de taak van de organisatie. In dit onderzoek is de rol van zorgbestuurders geduid. Zorgbestuurders kunnen de context beïnvloeden en daarmee het draagvlak voor de organisatie. Ook kunnen ze institutionele kaders creëren. Met hun eigen intellectuele en morele kennis, keuzes en gedrag kunnen zij aan hun *license to lead* bouwen. Dit kunnen ze doen als persoon, als raad van bestuur of als collectief. In tegenstelling tot de genoemde theorieën wordt in dit

onderzoek dus belicht dat bestuurders sturend kunnen zijn en hun omgeving kunnen beïnvloeden waarmee ze de handelingsruimte van zichzelf en de organisatie kunnen vergroten en kunnen bijdragen aan een goed, toegankelijk en betaalbaar zorgstelsel.

Soms geeft wet- en regelgeving ook juist doorzettingsmacht. Zo bezien zijn de wettelijke eisen niet zozeer beperkend, maar eerder richtinggevend. De vraag van Putters (2009) of bestuurders nog wel kunnen besturen kan bevestigend beantwoord worden, maar wel met de nodige afhankelijkheden, contextfactoren en een continue zoektocht naar legitimiteit.

### **De rol van institutionalisering**

Wetgeving over behoorlijk bestuur is gebaseerd op het principe dat bestuurders veel macht hebben en degenen die van hen afhankelijk zijn daarom enige bescherming moeten krijgen. Oftewel, de macht van bestuurders moet worden ingeperkt door eisen aan de uitvoering van hun taak in wetgeving vast te leggen. Beargumenteerd kan worden dat juist door het wettelijk verankeren van de eisen aan goed bestuur het draagvlak voor zorgbestuurders toe kan nemen (dit sluit aan bij de in paragraaf 4.1 besproken institutionele theorieën). In dit onderzoek wordt inzichtelijk gemaakt dat institutionele arrangementen kunnen bijdragen aan de *license to lead*. Zo heeft het accreditatietraject een positief tegengeluid geboden tegen kritiek van Tweede Kamerleden op zorgbestuurders. Op basis van dit onderzoek zijn geen uitspraken te doen over de mate waarin institutionalisering wenselijk is. Transparantie over wat goed bestuur is en het inzichtelijk maken van processen zoals het wervingsproces, kunnen bijvoorbeeld ook worden vormgegeven zonder dat dit verder wordt geïnstitutionaliseerd. In dit onderzoek is ook duidelijk gemaakt dat juist het gebrek aan vertrouwen tot institutionalisering heeft geleid, bijvoorbeeld door de inrichting van het accreditatiesysteem en door wetgeving en codering.

Het dynamische aspect van de *license to lead* kan samenhangen met de opvatting dat besturen complex is (zie bijvoorbeeld Stoopendaal, 2008, Putters, 2009 en Van der Scheer 2013). Het bouwen aan, behouden en vergroten van de *license to lead* vraagt continue aandacht, het is nooit 'af'. De verschillende manieren om te bouwen kunnen wel leiden tot een meer of minder duurzame *license to lead*. Zo kan door institutionele verankering een duurzame invulling worden gezocht.

### **De rol van de context**

De *license to lead* van zorgbestuurders wordt in dit onderzoek bekeken in de periode van 2013 tot half 2018. Uit het voorgaande blijkt dat verschillende theorieën de genoemde context nog te breed vinden en dat er alleen iets over zorgbestuurders te zeggen valt

wanneer er inzicht is in de specifieke (organisatie)context waarbinnen ze opereren. Door de context te bestuderen, maar ook door, op basis van literatuur, inzichten uit andere contexten mee te nemen, is in dit onderzoek duidelijk gemaakt welke bouwstenen van de *license to lead* meer of minder contextafhankelijk zijn. Dit betekent dat het wel degelijk mogelijk is om te zoeken naar de juiste bestuurder op de juiste plek op basis van inzicht in de factoren die op die plek een belangrijke rol spelen.

Hiervoor is op basis van dit onderzoek inzichtelijk gemaakt welke omstandigheden en actoren de *license to lead* van zorgbestuurders beïnvloeden. Daaraan kan worden verbonden wat voor soort leider bij welke situatie past.

Dit onderzoek onderschrijft dat de context invloed heeft op de *license to lead*. Zorgbestuurders kunnen echter ook invloed hebben op de taak die hen gesteld wordt en de haalbaarheid daarvan bespreekbaar maken. Zeker op collectief niveau hebben zorgbestuurders mogelijkheden om dit te beïnvloeden. De rol van de context kan dus dominanter of minder dominant zijn. Ook dit is, net als de *license to lead*, constant in beweging.

### Het creëren van draagvlak

Het begrip 'draagvlak' wordt voornamelijk gebruikt in de bestuurskunde. De beperkte definiëring/omschrijving van draagvlak in wetenschappelijke teksten sluit aan bij de ordeningsprincipes persoonlijke, proces- en uitkomstlegitimiteit die in deze dissertatie worden gehanteerd. Het begrip draagvlak krijgt soms ook een negatieve duiding.<sup>61</sup> In dit onderzoek wordt duidelijk dat de *license to lead* gebouwd is op draagvlak, maar dat duurzaam draagvlak voor het werk van zorgbestuurders niet alleen verkregen wordt door 'de wil van de meerderheid' (utilisme) of van de meest dominante/hardest roepende belanghebbenden (stakeholdertheorieën) te volgen. Hierbij speelt de persoonlijke legitimiteit mee die de zorgbestuurder weet te verkrijgen. En ook de proceslegitimiteit die hij weet te verkrijgen. Daarnaast is ook de uitkomstlegitimiteit die hij weet te bereiken door de organisatie en het zorgstelsel verder te helpen van belang.

### Semipublieke context

De zorg wordt in de literatuur omschreven als een 'hybride' systeem, omdat het elementen bevat van verschillende regimes (het private, markt, maatschappelijke en

---

61 Duineveld en Beunen (2006) p. 19: "*Wij denken dat veel gehoorde ambitie "draagvlak creëren" soms louter een vorm van retoriek is, waarmee problemen worden verhuld die daadwerkelijk in plannings-arena's spelen. Het kan er daarbij toe leiden dat bepaalde belangen of ideeën worden onderdrukt of gemarginaliseerd.*"

professionele regime). In dit onderzoek is inzichtelijk gemaakt dat deze elementen niet zozeer met elkaar conflicteren, maar dat er een opbouw zit in de manier waarop aan deze elementen gewerkt kan worden: het deugdzame karakter zit in het professionele domein en richt zich op persoonlijke legitimiteit. Het publieke en maatschappelijke domein heeft te maken met draagvlakcreatie en het creëren van een gedeeld moreel kader. Bij het private domein ligt de nadruk op het verder helpen van de organisatie en de uitkomstlegitimiteit. Maatschappelijk draagvlak heeft zowel te maken met een gedeeld moreel kader als met de mate waarin zorgbestuurders bijdragen aan een bestendig zorgstelsel, oftewel de uitkomstlegitimiteit. De professionaliteit is, zo blijkt uit dit onderzoek, nodig om de publieke belangen, de private belangen en uiteindelijk ook de maatschappelijke belangen te dienen.

### **Het belang van kennis en ervaring**

Kennis en ervaring zijn van belang voor het zoeken naar draagvlak, zeker wanneer de uitkomst niet voor iedereen gunstig is (dus wanneer legitimiteit in het geding is). Het gaat dan om zowel intellectuele kennis van bijvoorbeeld managementprocessen, organisatiekunde en zorgprocessen en ervaring hoe deze toe te passen zijn in de praktijk, als om morele kennis die gebaseerd is op ervaring, zoals wat een zorgvuldig besluitvormingsproces is of welke uitkomsten gebaseerd zijn op moed, maar niet op overmoed.

Pfeffer en Sutton (2006) vergelijken de rol van managers met die van artsen: managers houden de organisatie gezond. Het grote verschil is dat er het beeld heerst in de samenleving dat artsen beschikken over onderzoeksdata welke ingrepen de meest betrouwbare zijn, waar deze, volgens sommige hier genoemde wetenschappelijke opvattingen, bij managers vaak ontbreken of niet bekend zijn. In dit onderzoek is *evidence based* werken als factor genoemd voor het vergroten van de *license to lead*. Zorgbestuurders hebben daarbij niet alleen een rol in het gezond houden van de organisatie, maar ook van het zorgstelsel. Zowel kennis als ervaring zijn hierbij van belang.

### **Moreel handelen**

In dit onderzoek is onderscheid gemaakt tussen persoonlijke en morele waarden. Persoonlijke waarden zijn waarden waar een persoon zich om persoonlijke redenen aan committeert zonder dat de gemeenschap het recht heeft de hieruit voortvloeiende handelingen van die persoon te verwachten. Het gaat om verantwoording afleggen aan jezelf. Deze persoonlijke waarden kunnen in de praktijk een belangrijke rol spelen en daarmee een toevoeging vormen op opvattingen over waardenweging, zoals in stakeholdertheorieën of de genoemde rechtsvaardigingscategorieën van Oldenhof e.a. (2014).

## 6.4 Praktische implicaties

In dit onderzoek wordt duidelijk dat de *license to lead* geen vaststaand gegeven is. Dit betekent enerzijds dat zorgbestuurders deze actief kunnen beïnvloeden. Het betekent anderzijds dat het behouden van de *license to lead* blijvend de aandacht vraagt. Een praktische implicatie is dat het nuttig is om met enige regelmaat de vraag te stellen: is de *license to lead* nog aanwezig? Dit kan zowel gaan om individuele bestuurders als een raad van bestuur als de zorgbestuurders als collectief. Dit onderzoek biedt handvatten om daarna ook de vraag te stellen: wat kan ik/kunnen wij actief doen om de *license to lead* te vergroten?

De belangrijkste aanbevelingen zijn de volgende, deze worden hierna toegelicht:

- Maak heldere afspraken op stelselniveau over verantwoordelijkheidsverdeling, zodat helder is tot hoever de verantwoordelijkheden van zorgbestuurders strekken.
- Maak van een incident (ontslag bestuurder, verscherpt toezicht, negatieve media-aandacht) ook een leermoment.
- Geef aandacht aan een zorgvuldig en transparant wervingsproces waarbij de persoonlijke kwaliteiten van de bestuurder en de match met de organisatie worden geëxpliciteerd en geëvalueerd.
- Benoem professionaliseringspaden voor zorgbestuurders (hoe een zorgbestuurders zich op de verschillende expertisegebieden verder kan ontwikkelen) waarbij formeel (bijvoorbeeld opleidingen) en informeel (bijvoorbeeld intervisie) leren een rol hebben;
- Zoek *high potentials* binnen de zorgorganisatie en leidt ze op langs deze professionaliseringspaden;
- Overweeg om in het accreditatietraject een proeve van bekwaamheid toe te voegen en (bij voldoende maatschappelijk draagvlak) er een *license to practice* (verplichting voor het uitoefenen van het vak) van te maken;
- Bespreek als bestuurder niet alleen besluiten, maar ook motieven en keuzes. Zo kan worden gezocht naar morele overeenstemming.
- Neem besluiten altijd op basis van *best available evidence*.
- Kijk voorbij de grenzen te kijken van de eigen zittingsduur en besteed aandacht aan het gezag van de raad van bestuur en zorgbestuurders als collectief ook na het eigen vertrek.

### Professionaliseringsruimte

Bewust zou door zorgbestuurders en toezichthouders moeten worden nagedacht over de ruimte voor zorgbestuurders (binnen en buiten de organisatie) om zich verder in het vak te bekwaamen.

Het merendeel van de zorgbestuurders werkte voordat ze zorgbestuurder werden al in een zorginstelling. De kans is dus groot dat de toekomstige generatie bestuurders in de huidige zorginstellingen werkzaam is. De professionaliteit van deze toekomstige generatie kan door talent management worden ontwikkeld. Het verdient aanbeveling om *high potentials* binnen de organisatie te benoemen en op te leiden (via de eerder genoemde professionaliseringspaden) met (onder meer) als doel interne doorstroom tot op raad van bestuur niveau.

Het merendeel van bestuurders komt uit de zorg, maar is dit ook wenselijk? Als bijvoorbeeld ICT de grootste uitdaging is, moeten er dan geen bestuurders met verstand daarvan geworven worden? Of in worden opgeleid? Idem voor personele vraagstukken, vastgoed en bezuinigingen. Als het netwerken zo belangrijk is: moeten er dan niet meer politici in het bestuur (voor zover dit niet al gebeurt)? Het zou nuttig zijn om te onderzoeken welk profiel toekomstige generaties zorgbestuurders zouden moeten hebben en hier ook actief op te sturen om te werken aan een duurzame *license to lead*.

Individuele zorgbestuurders kunnen zich de vraag stellen in hoeverre zij bewust werken aan hun persoonlijke, proces- en uitkomstlegitimiteit. Hierbij bieden de besproken normen voor een goede zorgbestuurder (zie figuur 36) handvatten. Ook kunnen zij toetsen of zij bewust werken aan iedere 'kamer' van figuur 31 en aan hun eigen kennis en ervaring. Het bewust hierop reflecteren kan helpen om inzicht te verkrijgen waar het persoonlijke ontwikkelpotentieel ligt. Op basis van deze reflectie kunnen individuele zorgbestuurders zich ook afvragen wat de uitdagingen zijn die ze gezamenlijk met anderen (de raad van toezicht, het management team, VWS, medebestuurders, NVZD enz.) zouden moeten aangaan.

Binnen de organisatie is steeds meer aandacht voor draagvlakcreatie. Voornamelijk in het proces wordt gezocht naar draagvlak, bijvoorbeeld door te spreken met alle belanghebbenden wanneer zich belangrijke organisatieveranderingen voordoen. Door schaalvergroting is dit ook belangrijker geworden, omdat het niet meer mogelijk is voor zorgbestuurders om met iedereen een persoonlijke relatie te hebben. Dit brengt ook risico's met zich mee, omdat het lastiger wordt om eerlijke feedback te krijgen wanneer medewerkers en cliënten/patiënten meer op afstand staan. Het bewust zijn van deze afstand en het zoeken naar manieren om feedback over beleid, het functioneren van de organisatie en de werkwijze van de raad van bestuur op te halen, is hiermee belangrijker geworden en essentieel voor het duurzaam behouden van de *license to lead*. Morele macht (gezag) en positiemacht (status) zijn verschillende zaken. Om eerlijke feedback te kunnen krijgen, is het van belang dat de positiemacht niet te vaak wordt ingezet bij besluitvormingsprocessen, maar te werken aan morele macht.

De afgelopen twintig jaar zijn opleidingen voor zorgbestuurders tot bloei gekomen. De invulling van het curriculum van opleidingsinstituten is in deze dissertatie niet apart onderzocht. Het zou interessant zijn om de elementen van goed (vertaald in professioneel, legitiem en effectief en doelmatig) bestuur naast het opleidingscurriculum te leggen om matches en hiaten te zoeken. Ook zou kunnen worden gekeken wat voor soort leermethode zorgbestuurders kan helpen. De geïnterviewde zorgbestuurders benadrukken het belang van ervaring. Ook ervaring kan een belangrijk onderdeel zijn van het opleidingscurriculum (werkend leren). Door inzichtelijk te maken hoe opleiden kan bijdragen aan goed zorgbestuur, kan het idee groeien dat voor zorgbesturen *expert knowledge* nodig is. Dit draagt bij aan het beeld dat zorgbesturen een professie is en daarmee een bepaalde mate van vakbekwaamheid vergt. Voor het vergroten van de *license to lead* van zorgbestuurders zouden professionaliseringspaden kunnen worden benoemd. Bij de genoemde elementen van professioneel zorgbestuur (terugkomend in de expertisegebieden bij het accreditatietraject van de NVZD) kan inzichtelijk worden gemaakt hoe een bestuurder zich hierin kan ontwikkelen. Dit kan zijn door bijvoorbeeld het volgen van opleidingen, maar ook door ervaring of door intervisie, meelopen, coaching en nevenfuncties. Uit deze dissertatie valt te halen dat van zorgbestuurders basiskennis is vereist op het gebied van organisatiekunde, managementprocessen, leiderschap en zorgprocessen. Daarnaast is ervaring nodig met besluitvormingsprocessen om deze bijvoorbeeld zorgvuldig, eerlijk en transparant te laten verlopen. Bovendien is het van belang dat bestuurders hun eigen morele inzicht ontwikkelen. Volgens Aristoteles wordt deze ontwikkeling gestimuleerd door te doen. Dus door te streven naar een rechtvaardige uitkomst voor alle betrokkenen vergroot de bestuurder zijn eigen rechtvaardigheid. In deze dissertatie is ook besproken dat beïnvloedingsmacht van belang is en dat deze tijdens de loopbaan kan worden vergroot. Ook dit kan dus een element zijn van het professionaliseringspad, bijvoorbeeld door bij professionalisering netwerken met politiek, gemeenten, andere zorginstellingen en/of verzekeraars een plek te geven. Wellicht is dit allemaal al onderdeel van opleidingen. In dat geval zou het goed zijn dit in kaart te brengen en centraal inzichtelijk te maken.

Bij de accreditatie zou naast het betrekken van de *feedback* van de omgeving ook een proeve van bekwaamheid kunnen passen door te toetsen aan de expertisegebieden die door de NVZD worden benoemd. Deze proeve van bekwaamheid kan bijdragen aan het vergroten van de persoonlijke *license to lead* van zorgbestuurders op de verschillende niveaus. Deze zou op den duur (bij voldoende maatschappelijk draagvlak) kunnen leiden tot een *license to practice* als volgende stap in de vakontwikkeling.

### Vertrouwen op persoonlijke waarden

In deze dissertatie is aandacht besteed aan de deugdenethiek. Naast het benoemen van normen is ook het benoemen van deugden die daarbij passen van belang: hiermee worden naast acties ook motieven bespreekbaar. In dit onderzoek zijn deugden benoemd die van belang zijn voor zorgbestuurders omdat ze voortkomen uit gedeelde opvattingen over goed bestuur in literatuur en wet- en regelgeving en andere institutionele teksten. Het kan zo zijn dat er eenzelfde drijfveer is (bijvoorbeeld het leveren van goede zorg), maar dat deze voor belanghebbenden leidt tot andere keuzes en acties, bijvoorbeeld omdat patiënten/cliënten goede zorg zien als het hebben van een gevoel van veiligheid en comfort ('huiselijke rechtvaardigingsgronden') en de bestuurder goede zorg ziet als efficiënte en doelmatige zorg ('industriële rechtvaardigingsgronden'). Het is aan te bevelen nader te verkennen hoe deugdzaam handelen meer op de agenda kan worden geplaatst bij zowel het debat over goed zorgbestuur in de politiek als bij zorgbestuurders zelf als bij *gatekeepers* zoals raden van toezicht en *searchers*. Het gaat om de morele kennis, keuzes en gedrag bedoeld om het beste te doen. Deugdzaam handelen zoals in deze dissertatie omschreven, gaat gepaard met het streven naar excellentie. Om richting aan deze kennis, keuzes en acties te geven, is een gedeeld normenkader van belang: welke kennis, keuzes en acties zijn nastrevenswaardig? Het is voor draagvlak van belang om hierover de dialoog aan te gaan, waarbij *best available evidence* waarop de keuze is gebaseerd zichtbaar wordt gemaakt.

Gezamenlijk met de intellectuele kennis (de normen voor professioneel zorgbestuur), kan het inzicht in de morele eigenschappen bijdragen aan zowel het debat over goed bestuur als de eisen die aan zorgbestuurders worden gesteld. Het kan kortom nuttig zijn om zowel intellectuele als morele kennis, keuzes en gedrag inzichtelijk en daarmee toetsbaar te maken. Dit toetsen kan formeel in een toetsingssysteem, maar ook informeel door het bijvoorbeeld te gebruiken bij het maken van een profielschets voor het werven van een nieuwe bestuurder.

Omdat het gedeelde morele kader constant in beweging is, zal een zorgbestuurder niet altijd zijn *license to lead* kunnen behouden door alleen de actuele morele opvattingen te volgen. Een goede zorgbestuurder is zich bewust van het morele kader, maar is ook in staat 'voor de troepen uit te lopen' en zijn persoonlijke waarden gemeenschapsgoed te maken. De bestuurder moet soms een afweging maken hoeveel zijn *license to lead* hem waard is. Geïnterviewde zorgbestuurders noemen hun eigen morele kompas als 'ondergrens': als hun eigen waarden worden overschreden, zouden ze hun positie moeten neerleggen. Dit gebeurt soms, maar niet altijd. Op basis van dit onderzoek is niet te zeggen hoe vaak.



### Omgang met collega's

Raden van bestuur kunnen hun *license to lead* vooral vergroten door voorbij de grenzen te kijken van de eigen zittingsduur en aandacht te besteden aan het gezag van de raad van bestuur ook na het eigen vertrek.

Een incident (ontslag bestuurder, verscherpt toezicht, negatieve media-aandacht) is ook een leermoment. Hierbij kunnen vragen worden gesteld als: is professioneel, legitiem en effectief en doelmatig gehandeld? Is legitimiteit gezocht? Zijn de morele kaders veranderd (bijvoorbeeld de opvattingen over wat goede zorg opgeschoven)? Dit kan helpen om toekomstige incidenten te voorkomen.

Het in een kwaad daglicht zetten van de voorganger of medebestuurder kan afbreuk doen aan de *license to lead* van de raad van bestuur en zorgbestuurders als collectief. Dit verdient dus geen aanbeveling wanneer dit gericht is op het versterken van de eigen positie.

### Voor zorgbestuurders als collectief en de politiek: de toekomst van het zorgstelsel

Er is een aantal factoren dat lastig of niet door zorgbestuurders zelf kan worden veranderd. De bestuurder heeft op de kwaliteit van de geleverde zorg alleen indirecte invloed. Dit heeft te maken met de uitdagingen waar de zorg voor staat, namelijk het toegankelijk, betaalbaar en kwalitatief goed houden van zorg met een toenemende zorgvraag vanwege onder meer vergrijzing. Maar ook met de mate waarin de samenleving überhaupt vertrouwen heeft in instituties. Uit dit onderzoek blijkt dat er ook zeker factoren zijn waar zorgbestuurders wel invloed op kunnen hebben. Zorgbestuurders zouden (en doen dit ook al) met de overheid samen kunnen kijken naar de uitdagingen voor de toekomst en zo als gesprekspartners een rol spelen in het zoeken naar goed beleid om deze uitdagingen het hoofd te bieden. Voor de *licence to lead* van zorgbestuurders is het goed als er heldere afspraken worden gemaakt over de vraag in welke mate zorgbestuurders verantwoordelijk zijn voor de kwaliteit, toegankelijkheid én betaalbaarheid van de zorg – niet alleen in het kader van hun eigen instelling of regio, maar op nationaal niveau. Ook kunnen zorgbestuurders expliciteren wat voor soort zorgbestuurder hierbij nodig is en zoeken naar breed gedragen draagvlak voor wat een goede zorgbestuurder is.

Voor de in deze dissertatie genoemde uitkomstlegitimiteit is het van belang vast te stellen welke uitkomsten mogelijk en ook reëel zijn, gezien de uitdagingen waar de zorg voor staat. Wanneer de opgaven die er voorliggen niet binnen de huidige kaders kunnen worden opgelost, dan leidt dit, wanneer er niets verandert, tot vermindering van het draagvlak voor het werk van zorgbestuurders. Belangrijker nog is dat dit ook zorgwekkend is omdat de zorg één van de belangrijkste sectoren in de samenleving

is. Een oplossing zou kunnen zijn om de kaders aan te passen, bijvoorbeeld door meer overheidsbudget voor zorg beschikbaar te stellen. Oplossingen zijn niet op basis van dit onderzoek te geven.

### **Voor zorgorganisaties: het wervingsproces**

Niet alleen de raad van bestuur zelf bepaalt hoe groot zijn *license to lead* is. De in deze dissertatie genoemde *gatekeepers*, namelijk raden van toezicht, *searchers* en opleidingsinstituten spelen hierbij een belangrijke rol. Zij bepalen immers wie er in de raad van bestuur komt en hoe het wervingsproces vorm krijgt. De *gatekeepers* die in deze dissertatie worden benoemd, spelen op bepaalde momenten (professionalisering, vakontwikkeling en werving en aanname van zorgbestuurders) een belangrijke rol. Ook de professionaliteit van de raden van toezicht en de manier waarop zij zijn geworven is van belang voor wie uiteindelijk zorgbestuurder wordt en daarmee zijn *license to lead* verworft. Zij kunnen ook afbreuk doen aan de *license to lead* van de zorgbestuurder. Dit kan terecht zijn wanneer dit gebeurt op basis van helder omschreven criteria, maar het kan ook liggen aan botsingen van karakter. Wanneer meer irrationele aspecten dominant zijn, doet dit de reputatie van de top van de organisatie geen goed. Raden van toezicht kunnen een rol spelen in het vergroten van de *license to lead* van 'hun' raad van bestuur door een zorgvuldig wervingsproces te doorlopen en door de persoonlijke kwaliteiten van de bestuurders en de match met de organisatie te expliciteren en te evalueren.

Uit deze dissertatie blijkt dat voor een succesvolle benoeming een aantal factoren in ieder geval relevant is.

De normen voor professioneel, legitiem en effectief en doelmatig bestuur kunnen bij de profielschets worden gebruikt, waarbij de accenten afhangen van:

- Aansluiting op de fase waarin de organisatie zich bevindt;
- De dominante oriëntatie van de organisatie: mensgericht of systeemgericht, statisch of dynamisch;
- Een match qua profiel met de mate waarin de organisatie *in control* is en de kwaliteiten van de kandidaat;
- De match met voornamelijk de medebestuurder, de raad van toezicht en het management team en de verenigbaarheid/complementariteit van hun karakter (zowel intellectuele als morele kennis, keuzes en gedrag);
- Hoe de voorganger de organisatie heeft achtergelaten en in hoeverre eventuele problemen bekend zijn bij belanghebbenden als de raad van toezicht en het management team;

- De match met het dominante moreel kader (alle individuele en gedeelde opvattingen over wat de goede uitkomsten, goede werkwijzen en goede motieven zijn) in de organisatie;

Bewustzijn van en transparantie over deze zaken, kan de *license to lead* van raden van bestuur en zorgbestuurders als collectief vergroten.

Uit deze dissertatie blijkt dat soms veranderingen binnen de organisatie noodzakelijk zijn voor het voortbestaan van de organisatie of voor het bieden van de beste zorg. In die gevallen is alleen aansluiting zoeken bij de fase waarin de organisatie zich bevindt, de dominante oriëntatie en de morele overtuigingen niet voldoende. Er is dan een kandidaat nodig die de *setting* van de organisatie begrijpt en zich hierin kan bewegen, maar ook in staat is de organisatie verder te brengen.

### **Voor andere sectoren**

In dit onderzoek wordt de specifieke context van de zorg omschreven en wordt aangenomen dat deze context een rol speelt bij het verkrijgen van de *license to lead*. Deze context hangt onder meer samen met specifieke wet- en regelgeving, de formele en informele manier waarop professionals en cliënten/patiënten inspraak hebben en de marktwerking die het mogelijk maakt dat instellingen elkaar kunnen wegconcurreren en failliet kunnen gaan. In deze dissertatie wordt besproken dat de context maakt dat bepaalde elementen belangrijker zijn dan anderen, maar er wordt ook aangegeven dat (een deel van) het normenkader voor andere bestuurders in andere sectoren ook geldt. Bijvoorbeeld wat professioneel en effectief en doelmatig bestuur is. Voor andere (semi-publieke) sectoren, zoals het onderwijs, de woningcorporaties en de zorgverzekeringssector, kan de context in grote mate overeenkomen, waardoor ook voor bestuurders in die sectoren deze dissertatie van toegevoegde waarde zou kunnen zijn.





## 7 Reflecties



## 7.1 Begrenzungen

### Theoretische begrenzingen

Whetten (1989) noemt vier criteria om een theorie te beoordelen:

- de (beschreven of geëxpliciteerde) factoren;
- de relatie (tussen die factoren);
- de aannames of wetmatigheden (als grondslag voor de selectiefactoren);
- de begrenzing van de theorie (in relatie tot het betreffende fenomeen of onderwerp).

Het gaat om de interne validiteit (voldoende inhoudelijke verbanden in de theorie) en de externe validiteit (generaliseerbaarheid).

In de hoofdstukken 5 en 6 zijn de verschillende factoren genoemd die de *license to lead* beïnvloeden en is aangegeven hoe die zich tot elkaar verhouden. Zoals al aangegeven is een theorie een generalisatie. In dit onderzoek zijn vereenvoudigingen gehanteerd, waardoor bijvoorbeeld niet altijd inzichtelijk is dat draagvlak klein of groot kan zijn en wie op persoonsniveau dit draagvlak vormen. Ook is niet direct inzichtelijk waar zwaartepunten liggen, omdat dit ook per situatie kan verschillen. De complexiteit van de situatie waarin verschillende aspecten op elkaar inwerken, heeft geen plaats. Zo wordt de *license to lead* op het niveau van de individuele bestuurder, de raad van bestuur en zorgbestuurders als collectief gevormd en werken deze op elkaar in. Aan de hand van een aantal figuren (28 tot en met 31) is de *license to lead* besproken, om een overzicht te geven hoe de *license to lead* werkt.

De gekozen perspectieven om de *license to lead* te bestuderen hebben overeenkomsten met andere wetenschappelijke perspectieven, maar zijn weer anders geordend. Zo omschrijft Moore (1995) een drietal aspecten voor bestuurders van een maatschappelijke onderneming die van belang zijn, namelijk:

- 1) legitimiteit en draagvlak,
  - 2) een maatschappelijke waardepropositie en
  - 3) operationele capaciteit.
- 
- 1) komt terug in de definitie van de *license to lead*,
  - 2) in de *license to lead* als moreel kader en de bijdrage aan het zorgstelsel.
  - 3) speelt een rol in de vorming van de *license to lead* en is bijvoorbeeld afhankelijk van de fase waarin de organisatie zich bevindt.

Er is gekeken naar de *license to lead* vanuit een historiografisch, juridisch, filosofisch/ethisch, leiderschaps-, organisatiekundig en bestuurskundig perspectief. Hieraan zouden in ieder geval kunnen worden toegevoegd een psychologisch, communicatiewe-



tenschappelijk en antropologisch perspectief. Deze perspectieven zijn in dit onderzoek niet gehanteerd.

### Aannames

In dit onderzoek is inzichtelijk gemaakt welke aannames aan het de benoemde elementen van de *license to lead* ten grondslag liggen:

- Zo verschillen de opvattingen over de mate waarin moraal afhankelijk is van de mening van de meerderheid en in hoeverre moraal overlapt met wet- en regelgeving. Wanneer moraal wordt gezien als hetgeen waar draagvlak voor is, zou het moreel kader geen aparte verdieping hoeven te zijn, maar onderdeel uitmaken van de onderste drie verdiepingen van figuur 31. In dit onderzoek worden ook persoonlijke waarden waar geen/weinig draagvlak voor is als onderdeel van het moreel kader gezien.
- Ook wordt in dit onderzoek uitgegaan van een samenleving die het nastreven van excellent gedrag waardeert, wat niet per se het geval hoeft te zijn.
- Er wordt een onderscheid gemaakt tussen wat de organisatie nodig heeft en wat het zorgstelsel nodig heeft. Dit kunnen ook dezelfde dingen zijn.
- Een andere aanname is dat organisaties die *out of control* zijn weinig ruimte hebben om bij te dragen aan het zorgstelsel. Dit is niet altijd zo. De bouwstenen in figuur 31 lijken te impliceren dat iedere bouwsteen één blok is, terwijl ook binnen de bouwstenen en tussen de bouwstenen conflicterende factoren een rol kunnen spelen. Dit wordt in dit onderzoek wel geduid.
- De *license to lead* is gedefinieerd als draagvlak om te besturen. In dit onderzoek is inzichtelijk gemaakt dat het draagvlak voor zorgbestuurders als collectief de handelingsruimte van de individuele zorgbestuurder beïnvloedt. Om de macht van zorgbestuurders in te perken is bijvoorbeeld de rol van de medezeggenschap geformaliseerd. Gebrek aan vertrouwen heeft geleid tot nadere normstelling rond goed bestuur in onder meer wet- en regelgeving en het accreditatietraject van de NVZD. Draagvlak is hierdoor een minder belangrijke factor geworden, omdat goed bestuur (deels) kan worden afgedwongen. Doordat er meer is geïnstitutionaliseerd, is het belang van draagvlak op collectief niveau naar verhouding afgenomen. Tijdens dit onderzoek is draagvlak dus in die zin een steeds minder relevante operationalisering van het begrip *license to lead* geworden en het voldoen aan de intersubjectief bepaalde opvattingen over wat een goede bestuurder is een steeds belangrijkere operationalisering.

Een aanname van een ander type is dat de geïnterviewden een bepaalde mate van eerlijkheid in hun antwoorden hebben gehanteerd. Hierna wordt hier nader op ingegaan.



## Validiteit

(De totstandkoming van) de *license to lead* is getoetst in gesprekken in de focusgroep van tien bestuurders en komt voort uit een brede literatuurstudie gecombineerd met de interviews. Hiermee is enige mate van validiteit aan te nemen. In de methodologie zijn de verschillende niveaus van bewijsvoering besproken. Wat in dit onderzoek over de praktijk (de eerste onderzoeksvraag) wordt gezegd op basis van de enquête, focusgroep en interviews heeft de bewijskracht van niveau C: er zijn aanwijzingen dat het zo is (zie paragraaf 2.2). De uitspraken in dit onderzoek zijn inductief, namelijk afgeleid van het onderzochte. Het zou interessant zijn om de resultaten verder te toetsen aan de werkelijkheid. Wat op basis van de theorie (de tweede onderzoeksvraag) wordt besproken, heeft een verschillende mate van bewijskracht, die ook niet altijd te herleiden is.

Tijdens de duur van het onderzoek hebben zich veranderingen voorgedaan. De interviews zijn voornamelijk in 2014 en 2015 uitgevoerd. De enquête is in 2015 gehouden. De focusgroep loopt als rode draad door de hele periode heen. De mate waarin zorgbestuurders hun *license to lead* hebben is, zoals gezegd, aan continue verandering onderhevig. Er valt dus geen algemene uitspraak te doen over de precieze mate van draagvlak voor zorgbestuurders. Dit is ook niet gepoogd. In die zin verliest de conclusie met verloop van de tijd niet zijn validiteit.

## Extrapolatie

Is de hier besproken werking van de *license to lead* nu specifiek voor zorgbestuurders? Dit is de groep die onderzocht is, maar het is goed mogelijk dat het ook voor andere bestuurders zo werkt. De invulling is wel zorgspecifiek, zoals de uitdaging waar de zorg voor staat, namelijk het garanderen van goede, toegankelijke en betaalbare zorg voor een toenemende groep zorgbehoevenden.

## Insidersperspectief

Het onderzoek is vanuit een *insidersperspectief* uitgevoerd. Ik werk als beleidsmedewerkers voor de NVZD. In die zin is het herhalen van het onderzoek onder precies dezelfde omstandigheden lastig. Er is tijdens het onderzoek een omslagpunt gekomen van verkennend naar toetsend van de bevindingen aan de literatuur. Door de bevindingen te leggen naast reeds bestaande onderzoeken, kan wel van een hogere mate van bewijskracht worden gesproken. Omdat de *license to lead* iets is dat zorgbestuurders ervaren en niet een objectief fenomeen is, is het perspectief van de zorgbestuurders een belangrijk perspectief. Tegelijkertijd doet zich het risico voor dat zorgbestuurders niet alleen omschrijven hoe de praktijk eruit ziet, maar ook hoe zij zouden willen dat de praktijk eruit ziet. Ook kan hun beleving anders zijn dan de beleving van anderen.

Narratieve theorie biedt aanknopingspunten om de context van ‘verhalen’ (in dit geval de omschreven stukken, interviews en verslagen van de focusgroep) te onderzoeken.<sup>62</sup> De wetenschappelijke stroming van de narratieve ethiek gaat ervan uit dat ieder verhaal dat verteld wordt met waarden geladen is. Dit gaat om zowel de morele opvattingen van de subjecten die in het verhaal een rol spelen, de rol van de verteller ten opzichte van de subjecten en het onderwerp, de morele verplichtingen van de auteur ten opzichte van het geproduceerde verhaal en de moraal van degenen die het materiaal lezen: hebben zij morele verplichtingen ten opzichte van de auteur? Door vanuit verschillende perspectieven de vraagstelling te onderzoeken, is inzicht verkregen in de waarden die aan de verschillende perspectieven ten grondslag ligt. Hoewel de narratieve ethiek zich voornamelijk richt tot verhalen en niet primair tot wetenschappelijk onderzoek, zijn de vier lagen bij het doen van sociologisch onderzoek van belang. Temeer nu de focus van dit onderzoek ligt bij de *license to lead* die wordt gevormd door de opvattingen van de omgeving en van de bestuurder zelf. Om de *license to lead* zo zuiver mogelijk te belichten, is het relevant om de context waarin het onderzoek heeft plaatsgevonden te duiden. De vier lagen van morele kaders die hierbij een rol spelen (die van de onderzoeksobjecten, de onderzoeker ten opzichte van de subjecten, de onderzoeker ten opzichte van het verhaal en die van de lezer) worden hierna uitgewerkt.

### **The ethics of the told**

De onderzoeksobjecten zijn zorgbestuurders. Er is voor gekozen om hen zelf aan het woord te laten door een enquête onder zorgbestuurders uit te zetten, zorgbestuurders te interviewen en een focusgroep van zorgbestuurders in te richten. Een kanttekening die bij kwantitatief onderzoek (in de vorm van een enquête) te plaatsen is, is dat er gereageerd wordt op wat er gevraagd wordt, waarbij niet altijd zeker is of de vraagstelling ook de juiste is dan wel de kern raakt. Dit is bij het maken van de enquête getoetst door in verschillende fasen zorgbestuurders te laten meedenken (zie hierna voor een nadere toelichting) en doordat de enquête voorafgaand aan en na ieder enquêtejaar is geëvalueerd waarbij opmerkingen van respondenten zijn meegenomen. Naast het analyseren van de inhoud kan bij interviews en een focusgroep ook de manier waarop het verhaal wordt verteld worden geanalyseerd (Coffey en Atkinson, 1996). Dit valt buiten de *scope* van dit onderzoek. Wetenschappelijke bronnen, Tweede Kamerstukken en communicatie van de NVZD zijn gebruikt om de data te toetsen en om ook de derde manier van het lezen van de onderzoeksvraag te beantwoorden, namelijk: in hoeverre leiden de acties die bestuurders ondernemen tot het vergroten van hun *license to lead*?

---

62 Phelan, James: "Narrative Ethics". In: Hühn, Peter et al. (eds.): the living handbook of narratology. Hamburg: Hamburg University. URL = <http://www.lhn.uni-hamburg.de/article/narrative-ethics> (geraadpleegd op 7 december 2018).

### The ethics of the telling

Mijn rol als beleidsmedewerker bij de NVZD, maakt dat ik toegang heb tot zorgbestuurders. Hierdoor vindt ook regelmatig interactie met zorgbestuurders plaats en is er een langdurige samenwerking met sommige zorgbestuurders. De focusgroep en geïnterviewden zijn betrokken geraakt bij het onderzoek. Het voordeel is dat door deze interactie een band is opgebouwd, waardoor diepgang wordt bereikt bij interviews en in de focusgroep. Het doel van het onderzoek is niet om een waardeoordeel over zorgbestuurders te vellen. Het doel is inzicht te bieden in het creëren van draagvlak om te besturen. Daarom is het hebben van een band met onderzoekssubjecten een waardevol uitgangspunt. Ook in dit opzicht is er gekozen voor een *insidersperspectief*: de data komt voornamelijk van zorgbestuurders zelf. Zij hebben in hun loopbaan wel andere rollen gehad, vaak in de zorg, en nemen hun eigen ervaring met andere zorgbestuurders mee. Het politieke debat is geanalyseerd en er wordt in het onderzoek een enkele maal verwezen naar krantenberichten. Opvattingen van de markt (banken, verzekeraars) en de medische professie zijn niet apart uitgevraagd of onderzocht.

Om wetenschappelijke distantie te houden is de datatriangulatie van belang en het toetsen van het besprokene met promotoren en andere wetenschappers. Het wetenschappelijke onderzoek naar zorgbestuurders in Nederland is in belangrijke mate uitgevoerd in nauwe samenspraak met of in opdracht van de NVZD. Dit is logisch aangezien NVZD een belangrijke toegangspoort biedt tot zorgbestuurders. Het onderzoekskader is voorgelegd aan een groep van internationale beleidswetenschappers op het EGPA congres<sup>63</sup> om ook buiten de context van de Nederlandse wetenschap te valideren. Dit is gedaan met behulp van een *paper* waarin het begrip *license to lead* is onderbouwd en de onderzoeksmethoden uiteen zijn gezet. De reflecties tijdens het congres hebben geholpen om het wetenschappelijk kader aan te scherpen en kritisch stil te staan bij de eigen rol.

Overheidsdocumenten vertegenwoordigen de opvattingen van de verschillende politieke partijen. Door partijen voor wie het werk van zorgbestuurders onderdeel uitmaakt van hun politieke agenda zal er meer over het onderwerp worden gesproken dan door anderen. De juridische weerslag van deze discussies in wet- en regelgeving reflecteert de opvattingen van de dominante politieke partijen. Ook recht is niet waardevrij, maar juist sterk waardengeladen.

---

63 De *European Group for Public Administration*, onderdeel van de *International Institute of Administrative Sciences (IIAS)*, een kennis-/wetenschappelijk platform voor bestuurskundig onderzoek.

### **The ethics of writing/producing**

Met de NVZD zijn contractuele afspraken gemaakt over de wetenschappelijke onafhankelijkheid naar analogie van de richtlijnen van de Koninklijke Nederlandse Akademie van Wetenschap (zie bijlage 6). De NVZD kan het onderzoek niet aan- of bijsturen als het gaat om zowel de inhoud als de uitkomsten. Ik ben wel in loondienst bij de NVZD en zou daarmee een morele verplichting kunnen voelen om een gunstig licht op (het werk van) zorgbestuurders te laten schijnen. Hiervan ben ik mij bewust. Mijn overtuiging is echter dat bestuurders er meer van profiteren als het onderzoek handvatten biedt voor verbetering, waarbij de bevindingen de meeste waarde hebben als ze zo min mogelijk worden ingekleurd door mijn persoonlijke overtuigingen. Bovendien is een belangrijk onderdeel van mijn werk het wetenschappelijke onderzoek en is er gekozen voor publicatie in boekvorm, waardoor de publicatie van het boek ook het moment zal zijn dat het continueren van de arbeidsrelatie gespreksonderwerp zal worden. Dit wordt door beide partijen als wenselijk gezien.

### **The ethics of reading/reception**

Het onderzoek is bestemd voor wetenschappers en zorgbestuurders zelf. Uiteraard zou het positief zijn als het ook bredere belangstelling verkrijgt. In het schrijven van deze dissertatie is toegespitst op de eerste doelgroep. Het gaat immers om een wetenschappelijke publicatie. Voor de tweede doelgroep kan - indien gewenst - gekozen worden voor (een) aparte publicatie(s) om de leesbaarheid te vergroten en te komen tot concrete aanbevelingen voor de praktijk.

## **7.2 Verder onderzoek**

### **Professionalisering**

Doordat zorgbestuurders vaak een opleiding volgen die specifiek is toegespitst op zorgbestuurders, is er maar een beperkte opleidingsmarkt. De kwaliteit van de opleidingen is van belang voor de kwaliteit van degenen die worden opgeleid. Interessant zou zijn om Nederlandse opleidingen te vergelijken met internationaal en transsectoraal aanbod.

Ook zou het interessant zijn om te onderzoeken hoe het opleiden van bestuurders invloed heeft op de kwaliteit van bestuurders. Wordt het succes van studenten gemeten? Op basis van dit onderzoek zou hierbij kunnen worden gekeken naar de mate waarin de kennis, keuzes en acties van de zorgbestuurder leiden tot persoonlijke legitimiteit, proceslegitimiteit en uitkomstlegitimiteit. Om dit concreet te vertalen zijn de omschreven normstellingen voor een professionele, legitieme en effectieve en doelmatige bestuurder relevant. De kennisdomeinen die voor een professionele bestuurder zijn benoemd, zijn geconcretiseerd in de 360 graden feedback van het accreditatiesysteem. Een dergelijk *assessment* zou voor de opleiding en een jaar daarna kunnen worden gedaan om te zien

of er zich verbeteringen hebben voorgedaan. Dit zou verder moeten worden uitgewerkt omdat ook andere variabelen dan de opleiding hierbij een rol kunnen spelen.

In de interviews is niet expliciet stilgestaan bij de vraag hoe doorgeleerd wordt wanneer bestuurders al langer bestuurder zijn. Voor het ontwikkelen van professionaliseringspaden voor zorgbestuurders zou het goed zijn te onderzoeken in welke carrièrefase welke leermethoden het meest effectief zijn. Naast het bijscholen van intellectuele kennis, blijkt uit dit onderzoek dat ook het zoeken naar morele afstemming van belang is. Informeel leren kan ook gepaard gaan met het zoeken naar dialoog en feedback. Bijvoorbeeld door aan intervisie te blijven doen of binnen de organisatie moreel beraad te voeren. Vanuit onder meer onderwijskundige perspectief kan hier nader naar worden gekeken.

Het ontwikkelen van een talentenpool in de zorg op verschillende niveaus kan bijdragen aan de professionaliteit van de managers die onder de zorgbestuurders werken en daarmee meer kritisch tegengeluid mogelijk kunnen maken en bovendien toegevoegde waarde kunnen hebben voor toekomstige generaties zorgbestuurders. Hoe deze ontwikkeling eruit zou moeten zien, zou verder onderzocht moeten worden.

### **Werving**

Over recruitmentstrategieën in het bedrijfsleven zijn data beschikbaar. Het zou interessant zijn om te onderzoeken of deze strategieën op onderdelen ook in de zorg zouden kunnen worden toegepast.

Met het wegvallen van managementlagen is het de vraag of eenhoofdige raden van bestuur genoeg competentie hebben om de rol van manager en leider te vervullen. In deze dissertatie wordt duidelijk welke intellectuele en morele kennis, keuzes en gedrag van een raad van bestuur worden geleverd. De vraag is of al deze elementen bij een eenhoofdige bestuur voldoende geborgd kunnen zijn, bijvoorbeeld zowel zorginhoudelijke als bedrijfskundige kennis. Onderzoek naar verschillen tussen eenhoofdige en meerhoofdige raden van bestuur zou in dit kader interessant zijn. Het doel hiervan zou kunnen zijn om te zoeken naar een optimale *governance*structuur waarin het aantal managementlagen en bestuurders voldoende professionaliteit, legitimiteit en effectiviteit en doelmatigheid kan garanderen om het primaire proces zo goed mogelijk te faciliteren, de organisatie verder te helpen en bij te dragen aan het zorgstelsel.

Het risico van werving via netwerk is dat er niet een voldoende pool is voor de uitdagingen van de toekomst. Het merendeel van bestuurders komt uit de zorg, maar is dit ook wenselijk? Als bijvoorbeeld ICT de grootste uitdaging is, moeten er dan geen bestuurders met verstand daarvan geworven worden? Of in worden opgeleid? Idem voor

personele vraagstukken, vastgoed en bezuinigingen. Als het netwerken zo belangrijk is: moeten er dan niet meer politici in het bestuur (voor zover dit niet al gebeurt)? In het leger worden niet degene met de meeste ervaring de leider, maar degene met de hoogste opleiding. Het zou interessant zijn om te onderzoeken welk profiel toekomstige generaties zorgbestuurders zouden moeten hebben. Dit hangt ook samen met de vorige alinea: de borging kan op verschillende manieren plaatsvinden: binnen de raad van bestuur of binnen het management team of door het inhuren van experts op thema's. Volgens de methode van *evidence based werken* zijn zowel wetenschappelijke inzichten als professionaliteit (kennis en ervaring) als de specifieke organisatiekenmerken als de normen en waarden van belanghebbenden voor het beste professionele oordeel van belang. De intellectuele en morele kennis, keuzes en gedrag van de toekomstige generatie zorgbestuurders zou dusdanig moeten zijn dat zij met elkaar en andere systeemverantwoordelijken een oplossing vinden voor de verdubbeling van de zorgkosten naar 2040 die het RIVM voorspelt. Het zou in dit kader wenselijk zijn het gewenste profiel voor zorgbestuurders te onderzoeken.

### ***In control zijn***

Janssen (2017) schat dat 20% van de organisaties onder bijzonder beheer staat. Dit percentage behoeft nader onderzoek, maar ook hoeveel procent van de zorginstellingen *in control* zijn. Wanneer dit inzichtelijk is, kan worden afgewogen welke rol bestuurders kunnen spelen en kan worden gemonitord of er een toename is van instellingen die onvoldoende *in control* zijn. Vervolgens kan worden geanalyseerd of dit te maken heeft met zorgbestuurders of met het stelsel of met andere factoren.

### ***Over de license to lead***

In de inleiding is een onderzoek van het NIVEL aangehaald naar vertrouwen in zorgbestuurders. Wanneer draagvlak wordt getoetst bij verschillende groepen (medewerkers, managementteam, ondernemingsraad, cliënten-/patiëntenraad, externe belanghebbenden en het publiek draagvlak) kan inzicht worden verkregen in trendontwikkelingen. Dit vergt nader onderzoek.

Drucker (1985) en Hogan, Hogan en Kaiser (2010) hebben een schatting gemaakt van het falen van bestuurders die tussen de 30% en 67% ligt. Er is geen kwantitatieve informatie beschikbaar over het succes van zorgbestuurders in Nederland. De factoren voor het meten van succes zouden kunnen worden vastgesteld en de ontwikkelingen in het zorgbestuur zouden hiermee kunnen worden gemonitord. Voor de *license to lead* zou het helpen wanneer hierbij ook meetbaar wordt gemaakt wat de bijdrage is die bestuurders leveren aan de kwaliteit, betaalbaarheid en toegankelijkheid van zorg. Welke acties ondernemen ze? Welke uitkomsten leveren die acties op? Zijn de acties gericht op

het versterken van persoonlijke relaties (persoonlijke legitimiteit) of op de procesgang of op gunstige uitkomsten? Wordt er voldaan aan de normstelling voor professionele besturing? En aan de wettelijke vereisten? En is de besturing effectief en doelmatig? De normstellingen die in deze dissertatie worden besproken, kunnen hierbij behulpzaam zijn.

Deze onderwerpen en de reflecties in dit hoofdstuk kunnen worden vertaald in de volgende onderzoeksvragen:

- Welk effect hebben de door zorgbestuurders gevolgde opleidingen op de kwaliteit van zorgbestuurders?
- Zijn er hiaten in dit opleidingsaanbod of elementen die een minder belangrijke rol spelen?
- Hoe kan in de zorg de ontwikkeling van een talentenpool worden ingericht?
- Zijn er bij de werving van zorgbestuurders recruitmentstrategieën te benoemen die kunnen bijdragen aan het werven van goede bestuurders?
- Heeft het zijn van een eenhoofdige of meerhoofdige raad van bestuur en het aantal managementlagen effect op de kwaliteit van het bestuur?
- Welk profiel van zorgbestuurders past bij de uitdagingen voor de toekomst?
- Welke mate van *control* hebben bestuurders van zorginstellingen, hoe ontwikkelt zich dit en welke factoren spelen hierbij een rol?
- Hoe ontwikkelt het draagvlak van verschillende belanghebbenden voor zorgbestuurders zich?
- Zijn er op basis van andere wetenschapsdisciplines, zoals de psychologie, communicatiewetenschappen of antropologie, nog elementen toe te voegen aan de manier waarop aan de *license to lead* gebouwd kan worden?
- Komt er op basis van onderzoek in de omgeving van zorgbestuurders een ander beeld naar voren van de manier waarop bestuurders hun *license to lead* invulling geven en de weging van de elementen?
- Wat is in de praktijk het 'succes' van zorgbestuurders?







## 8 Samenvatting



Er is kritiek op zorgbestuurders. Juist bestuurders hebben vertrouwen en handelingsruimte nodig om hun werk goed te kunnen doen. Het belang dat aan zorg wordt gehecht, maakt het des te verontrustender dat er weinig vertrouwen is in degenen die de zorg besturen. De afgelopen vijf jaar waren onder meer de hoogte van het salaris van zorgbestuurders, de wenselijkheid van het invoeren van een bestuurderstoets, fusies, personeelstekorten in de verpleeghuiszorg, fraudezaken en faillissementen in de zorg aanleiding voor debat in de Tweede Kamer over zorgbestuurders en onderwerp van aandacht in de media. Een onderzoek van NIVEL over vertrouwen in zorgverzekeraars, waarbij dit vertrouwen werd afgezet tegen vertrouwen in andere actoren, zoals zorgbestuurders, laat zien dat slechts 9% van de bevolking zorgbestuurders vertrouwen geeft. Dit gebrek aan vertrouwen van de samenleving in zorgbestuurders heeft ertoe geleid dat de afgelopen jaren goed bestuur op de beleidsagenda van de politiek en toezichthoudende instanties is gekomen. Het effect is aanscherping in wetgeving van wat toelaatbaar is en wat niet, en verdergaande bevoegdheden voor de minister en toezichthouders om in te grijpen. Ook bij zorgbestuurders zelf is goed bestuur hoger op de beleidsagenda gekomen, wat onder meer heeft geleid tot de ontwikkeling door zorgbestuurders zelf van een accreditatiesysteem voor zorgbestuurders en een nieuwe versie van de Governancecode zorg.

In deze dissertatie staat de vraag centraal: hoe bouwen zorgbestuurders aan hun *license to lead*? Met *license to lead* wordt bedoeld draagvlak (steun van de relevante belanghebbenden) om te besturen.

Het gaat in dit onderzoek (waar mogelijk en relevant) om drie niveaus:

Draagvlak voor...	Draagvlak van...
<b>1 individuele bestuurders</b>	1 de directe omgeving van de bestuurder
<b>2 de raad van bestuur als orgaan</b>	2 de relevante stakeholders binnen en buiten de organisatie
<b>3 zorgbestuurders als collectief</b>	3 de samenleving in het algemeen

**Figuur 2:** de relatie tussen de ontvanger en geveer van de *license to lead*.

De onderzoeksvraag is beantwoord op basis van een literatuurstudie, een longitudinale enquête onder zorgbestuurders met driehonderd respondenten, gestart in 2000 en vervolgens iedere vijf jaar herhaald, interviews onder tweeëntwintig zorgbestuurders, *searchers*, bestuurssecretarissen, de directeur van de NVZD – Vereniging van bestuurders in de zorg en een adviseur en een focusgroep van tien zorgbestuurders die vijf jaar lang ongeveer ieder half jaar bijeen is geweest (**hoofdstuk 2**).

Om in de praktijk voldoende legitimiteit te krijgen om te besturen (**hoofdstuk 3**) is voornamelijk de manier waarop zorgbestuurders het proces inrichten van belang (proceslegitimiteit). Procesgaranties zijn in wetgeving verankerd en lijken ook een belangrijk onderdeel van het dagelijks werk van de bestuurder. Ook bij het wervingsproces van een nieuwe bestuurder wordt hier aandacht aan besteed, door bijvoorbeeld interne en externe belanghebbenden te betrekken en te werven met een openbaar profiel. In dit onderzoek zijn op basis van de deugdenethiek die zijn oorsprong vindt bij Aristoteles, de bij de kaders voor goed bestuur relevante deugden geformuleerd. De morele deugden die op basis van de juridische normstelling bij deze proceslegitimiteit passen zijn verantwoordelijkheid, rechtvaardigheid en zorgvuldigheid.

Om goedkeuring te krijgen, is het voornamelijk van belang hoe zorgbestuurders hun eigen professionaliteit en karakter in weten te zetten om te komen tot een gedeeld moreel kader (persoonlijke legitimiteit). Door vakontwikkeling bouwen zorgbestuurders (verenigd in de NVZD) aan een gedeeld normenkader voor professioneel bestuur. Een aantal zaken maakt dit lastig. Zorgbestuurders hechten veel belang aan ervaring en informeel leren om zich te professionaliseren. Informeel leren en ervaringskennis zijn minder eenvoudig zichtbaar te maken als het gaat om het aantonen van de eigen professionaliteit. De morele deugden die op basis van de professionele normstelling uit de literatuur en het accreditatietraject bij de persoonlijke legitimiteit passen zijn bezinning, zelfdiscipline en flexibiliteit.

Om vertrouwen te krijgen om te besturen is het voornamelijk van belang dat zorgbestuurders zichtbaar maken dat ze effectief en doelmatig handelen, en daardoor met hun werk bijdragen aan het brengen van de organisatie naar een volgende fase (danwel de organisatie stabiel houden) en een bijdrage leveren aan goede, toegankelijke en betaalbare zorg voor de instelling, de regio en/of op nationaal niveau (uitkomstlegitimiteit). In de praktijk is het leidende principe van 'goede zorg' voor bestuurders de vertaling van hun taak en de taak van de organisatie. De bestuurder brengt goede zorg tot stand in verbinding met de organisatie en buiten de grenzen van de organisatie. Hierbij botsen soms de opvatting van de bestuurder en die van belanghebbenden binnen en buiten de organisatie over wat goede zorg is. Om belanghebbenden mee te krijgen in de bedachte koers, is het nodig dat bestuurders veranderingen weten vorm te geven en daarbij draagvlak en beïnvloedingsmacht weten te creëren. In de praktijk vergroten zij hun beïnvloedingsmacht onder meer door schaalvergroting. Door de invulling van het proces kunnen veranderingen worden 'verankerd', bijvoorbeeld wanneer voor een nieuwe organisatievorm of governancestructuur wordt gekozen. Morele deugden die op basis van organisatiekunde en de praktijk nodig zijn voor het bereiken van uitkomstlegitimiteit zijn moed, vastberadenheid en trots.

Op basis van de theorie zijn verschillende systeemkenmerken, organisatiekenmerken en persoonskenmerken van de zorgbestuurder aan te wijzen die de *license to lead* kunnen beïnvloeden (**hoofdstuk 4**). Op systeemniveau gaat het om de semipublieke *setting* die de taakstelling voor zorgbestuurders mede bepaalt, beïnvloedt wie de *license to lead* formeel kan ontnemen en waarbinnen juridische normen worden gesteld aan zorgbestuurders. Op systeemniveau kunnen zorgbestuurders zelf als collectief via vakontwikkeling en de inrichting van het wervingsproces hun *license to lead* beïnvloeden.

Op organisatieniveau bepalen machtsverhoudingen in de organisatie en de fase waarin de organisatie zich bevindt hoe zorgbestuurders binnen de organisatie kunnen bouwen aan hun *license to lead*. Zorgbestuurders bepalen zelf hoe ze omgaan met veranderingen waar hun organisatie mee te maken krijgt in bijvoorbeeld overheidsbeleid. De wijze waarop zij hun organisatie hierdoorheen sturen, beïnvloedt de *license to lead*.

Persoonskenmerken ten slotte zijn de intellectuele en morele kennis, keuzes en gedrag van de zorgbestuurder, oftewel zijn deugdzame karakter.

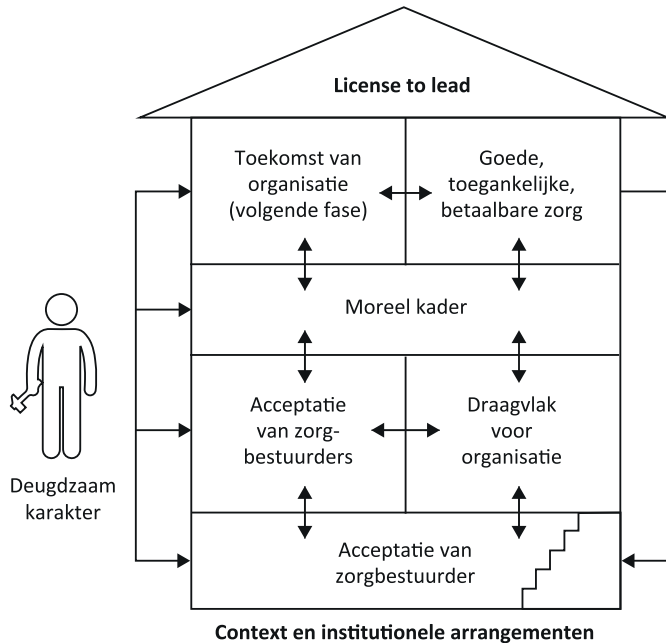
Op basis van dit onderzoek kan worden gesteld dat de *license to lead* van zorgbestuurders wordt opgebouwd met de volgende bouwstenen:

- Het deugdzame karakter van de bestuurder (de intellectuele en morele kennis, keuzes en gedrag bedoeld om het beste te doen, voortkomend uit het vermogen tot zelfbeheersing);
- Het creëren door de bestuurder van acceptatie voor zichzelf;
- Het creëren door de bestuurder van draagvlak<sup>64</sup> voor de organisatie;
- Het creëren van acceptatie door de bestuurder voor zorgbestuurders als collectief;
- Het bouwen door (de) zorgbestuurders(s) aan een moreel kader (de - meer of minder intersubjectieve - opvattingen over wat de goede uitkomsten, goede werkwijzen en goede motieven zijn);
- De bijdrage die de bestuurder levert aan de toekomst van de organisatie;
- De bijdrage die de bestuurder levert aan goede, toegankelijke en betaalbare zorg met betrekking tot de eigen instelling, de regio en/of het nationaal stelsel.

Hieronder is schematisch samengevat hoe die bouwstenen zich grofweg tot elkaar verhouden.

---

64 In dit onderzoek wordt de relatie tussen legitimiteit, rechtvaardigheid en draagvlak als volgt gedefinieerd. Rechtvaardigheid is een middel dat kan worden ingezet om handelen te legitimeren. Wanneer legitimiteit wordt ervaren door de ander, leidt dit tot draagvlak. Draagvlak is dus waar legitimiteit en rechtvaardigheid samen komen.



**Figuur 31:** Bouwstenen van de *license to lead*.

Figuur 31 is ideaaltypisch: in de praktijk ontbreken bouwstenen van de *license to lead* (**hoofdstuk 5**). Zo is de normstelling aan goed zorgbestuur diffuus, al is deze de afgelopen jaren wel eenduidiger geworden. In de praktijk kunnen de normen en waarden van bestuurders en belanghebbenden ook botsen of verschillend gewogen worden. Het ontbreken van een eenduidig beeld van wat goed zorgbestuur is, is weer een belangrijke oorzaak van het ontbreken van een breed erkende opleiding voor zorgbestuurders. In de praktijk zijn er bovendien ook onbekwame bestuurders of bestuurders die aan draagvlak bouwen door bijvoorbeeld bevriende personen in het management team te plaatsen. En niet alle bestuurders en zorginstellingen zullen altijd een bijdrage leveren aan goede, betaalbare en toegankelijke zorg.

Iedere bouwsteen uit de figuur afzonderlijk kan voor enige tijd bijdragen aan de *license to lead* zolang er maar enig draagvlak is van een belangrijke belanghebbende voor de bestuurder. De *license to lead* vervalt met het wegvallen van de fundering: de acceptatie van de bestuurder.

In de praktijk 'schaken zorgbestuurders op meerdere borden'. Ook zonder draagvlak van iedereen of zonder morele overeenstemming werken ze aan het verder brengen van de organisatie en het leveren van goede, toegankelijke en betaalbare zorg in de instelling, de eigen regio en op nationaal niveau. De verschillende bouwstenen beïnvloeden

elkaar ook: door het bereiken van goede resultaten kunnen het draagvlak en de morele overeenstemming groeien. Het risico van het vooropstellen van de uitkomst boven het proces ('het doel heiligt de middelen') is dat die gunstige resultaten niet bereikt worden omdat belanghebbenden 'dwars gaan liggen'. De bouwstenen zijn ook in beweging: legitimiteit kan tijdens het proces verloren gaan. Voor een duurzame verankering van bereikte resultaten zijn draagvlak en een gedeeld moreel kader belangrijke voorwaarden.

Om de *license to lead* duurzaam en zowel als individu als op groepsniveau te behouden, zijn alle genoemde bouwstenen relevant. Wanneer aan al deze aspecten wordt gewerkt, kan dit leiden tot duurzaam draagvlak. De verschillende bouwstenen leiden tot verschillende mate van draagvlak, oplopend van legitimiteit tot goedkeuring tot vertrouwen. Hierbij kunnen bestuurders zichzelf als instrument gebruiken: hun persoonlijkheid (persoonlijke legitimiteit), de manier waarop ze het proces inrichten (proceslegitimiteit) en het resultaat dat ze weten te bereiken (uitkomstlegitimiteit) leiden tot verschillende mate van draagvlak.

Centraal in dit onderzoek staat het werk dat zorgbestuurders zelf verrichten om hun *license to lead* te vergroten. De verschillende manieren om te bouwen aan de *license to lead* kunnen leiden tot een meer of minder duurzame *license to lead*. Door institutionele verankering, bijvoorbeeld in wetgeving, gedragscodes of door het maken van modellen door zorgbestuurders zelf, de overheid of anderen, kan een duurzamere invulling worden gezocht. De context en institutionele arrangementen spelen een rol in het versterken of ontkrachten van de *license to lead* van zorgbestuurders.

Concluderend (**hoofdstuk 6**) lijkt de *license to lead* voor zorgbestuurders als collectief zich in positieve richting te ontwikkelen: het accreditatiesysteem heeft er bijvoorbeeld (tot nu toe) mede toe geleid dat van verder overheidsingrijpen in de vorm van een opgelegde geschiktheidstoets is afgezien. Ook is er mede door initiatieven van zorgbestuurders een normenkader voor goed bestuur aan het ontstaan. Zorgbestuurders als collectief gedragen zich als een beroepsgroep in wording. Er wordt (nog) niet getoetst op een gedeeld normenkader en ook niet op gehandhaafd. Zorgbestuurders bepalen ook niet zelf als beroepsgroep wie tot de beroepsgroep kan en mag toetreden (zelfreinigend vermogen). Informeel zijn er *gatekeepers* ontstaan die wel een rol spelen bij de selectie en het toetsen van zorgbestuurders. Het gaat om raden van toezicht, *searchers*, opleidingsinstituten (die ingangseisen stellen voor hun opleidingen) en de medezeggenschap (die steeds vaker een stem heeft bij de benoeming van bestuurders). De rol van de *gatekeepers* is echter niet goed zichtbaar bij het publiek.

De afgelopen jaren is zowel door zorgbestuurders zelf als door wetgevers veel aandacht besteed aan de proceslegitimiteit, wat ertoe heeft geleid dat zorgbestuurders hun macht delen met belanghebbenden in de organisatie. De uitdagingen waar het zorgstelsel voor staat, vragen niet alleen om een goed proces van besluitvorming, maar ook om kennis en kunde die leiden tot de goede uitkomsten. Op basis van dit onderzoek zijn hiervoor aanbevelingen te doen die zorgbestuurders helpen verder te bouwen aan de *license to lead*. De belangrijkste aanbevelingen zijn:

- Maak heldere afspraken op stelselniveau over verantwoordelijkheidsverdeling.
- Maak van een incident (ontslag bestuurder, verscherpt toezicht, negatieve media-aandacht) ook een leermoment.
- Geef aandacht aan een zorgvuldig wervingsproces waarbij de persoonlijke kwaliteiten van de bestuurder en de match met de organisatie worden geëxpliciteerd en geëvalueerd.
- Benoem professionaliseringspaden voor zorgbestuurders waarbij formeel en informeel leren een rol hebben;
- Zoek *high potentials* binnen de zorgorganisatie en leidt ze op langs deze professionaliseringspaden;
- Overweeg om in het accreditatietraject een proeve van bekwaamheid toe te voegen en (bij voldoende maatschappelijk draagvlak) er een *license to practice* van te maken;
- Bespreek als bestuurder niet alleen besluiten, maar ook motieven en keuzes. Zo kan worden gezocht naar morele overeenstemming.
- Neem besluiten altijd op basis van *best available evidence*.









## 9 Summary



Healthcare executives are the target of criticism, and yet executives in particular need trust and leeway to do their jobs properly. The importance placed on healthcare makes the lack of trust in the people in charge of healthcare even more worrying. In the last five years, the level of healthcare executives' remuneration, the desirability of introducing an executive test, mergers, staff shortages in nursing home care, fraud cases and bankruptcies in healthcare are some of the issues that have given rise to debate in the Dutch House of Representatives about healthcare executives and attracted media attention. Research by NIVEL into trust in healthcare insurers, comparing it with trust in other players such as healthcare executives, reveals that just 9% of the population has trust in healthcare executives. This lack of public trust in healthcare executives has pushed the issue of governance onto the policy agendas of politicians and regulatory authorities in recent years. The outcome has been tighter legislation with regard to what is and is not allowed, and more sweeping powers of intervention for the minister and external regulators. Good governance is also higher on the agenda of healthcare executives, leading among other things to the development of an accreditation system for healthcare executives and a new version of the Governance Code for Healthcare drafted by healthcare executives themselves.

The key question in this dissertation is: what are healthcare executives doing to consolidate their license to lead? Having a license to lead means having the support of relevant stakeholders to lead.

Where feasible and relevant, this study examines three levels:

Support for...	Support from...
<b>1 individual executives</b>	1 the executive's immediate environment
<b>2 the executive board as a body</b>	2 the relevant stakeholders within and outside the organization
<b>3 healthcare executives collectively</b>	3 society at large

**Figure 37:** the relationship between the recipient and the giver of the license to lead.

The research question has been answered on the basis of a literature review, a longitudinal survey of healthcare executives involving three hundred respondents, started in 2000 and then repeated every five years, interviews with twenty-two healthcare executives, searchers, executives' secretaries, the director of the NVZD – Dutch association of healthcare executives and an advisor and a focus group of ten healthcare executives, which met roughly every six months over a five-year period (**chapter 2**).

In practice (**chapter 3**), how healthcare executives design the process (throughput legitimacy) is of paramount importance in gaining sufficient legitimacy to lead. Process

guarantees are enshrined in law and appear to be an important aspect of an executive's day-to-day work. They are also factored in when recruiting a new executive, for example by involving internal and external stakeholders and undertaking recruitment with a public profile. In this dissertation moral virtues based on the work of Aristoteles are formulated which are extrapolated from research into institutional texts. The moral virtues which the legal standards dictate for this throughput legitimacy are responsibility, fairness and diligence.

Most important of all in obtaining approval is the ability of healthcare executives to draw upon their own professionalism and character to create a shared moral framework (input legitimacy). It is by developing their profession that healthcare executives (collectively within the NVZD) build a shared set of standards for professional governance. A number of things make this difficult. Healthcare executives set great store by experience and informal learning in their endeavors to professionalize. In terms of demonstrating their own professionalism, it is harder for them to provide visible evidence of informal learning and accumulated knowledge.

The moral virtues which, based on professional standards derived from the literature and the accreditation process, are associated with input legitimacy are reflection, self-discipline and flexibility.

When it comes to earning the requisite trust, it is most important that healthcare executives demonstrate that their actions are effective and purposeful and that, in consequence, their work contributes to taking the organization forward (or keeping the organization stable) and to the provision of good, accessible and affordable care for the institution, the region or the system (output legitimacy). In practice, the guiding principle of 'good care' encapsulates the role of executives and of the organization. The executive ensures the provision of good care both in liaison with the organization and outside the confines of the organization. Sometimes, the executive's idea of what constitutes good care is at odds with that of the stakeholders within and outside the organization. To get stakeholders on board with their proposed approach, executives must be able to shape changes while building support and powers of influence. In practice, one of the ways in which they increase their powers of influence is upscaling. The process can be conducted so as to 'anchor' the changes, which is the case when a new organizational form or governance structure is chosen. Moral virtues that are necessary in practice to achieve output legitimacy are courage, tenacity and pride.

Based on the theory, various system characteristics, organizational characteristics and personal characteristics of a healthcare executive can be identified which can affect the

license to lead (**chapter 4**). Looking at the system, the semi-public setting to a degree dictates the tasks of healthcare executives, influences who can formally revoke the license to lead and provides the framework within which legal standards are set for healthcare executives. At the system level, healthcare executives themselves can collectively influence their license to lead, by developing their profession and designing the recruitment process in a certain way.

At the organizational level, power structures within the organization and the organization's current "stage of life" determine how healthcare executives within the organization can consolidate their license to lead. Healthcare executives themselves decide how they will handle the changing context, influenced by public policy among other things, in which healthcare institutions operate. The way they lead their organization through this influences the license to lead.

Lastly, where personal characteristics are concerned, the healthcare executive's intellectual and moral knowledge, choices and actions also influence his license to lead.

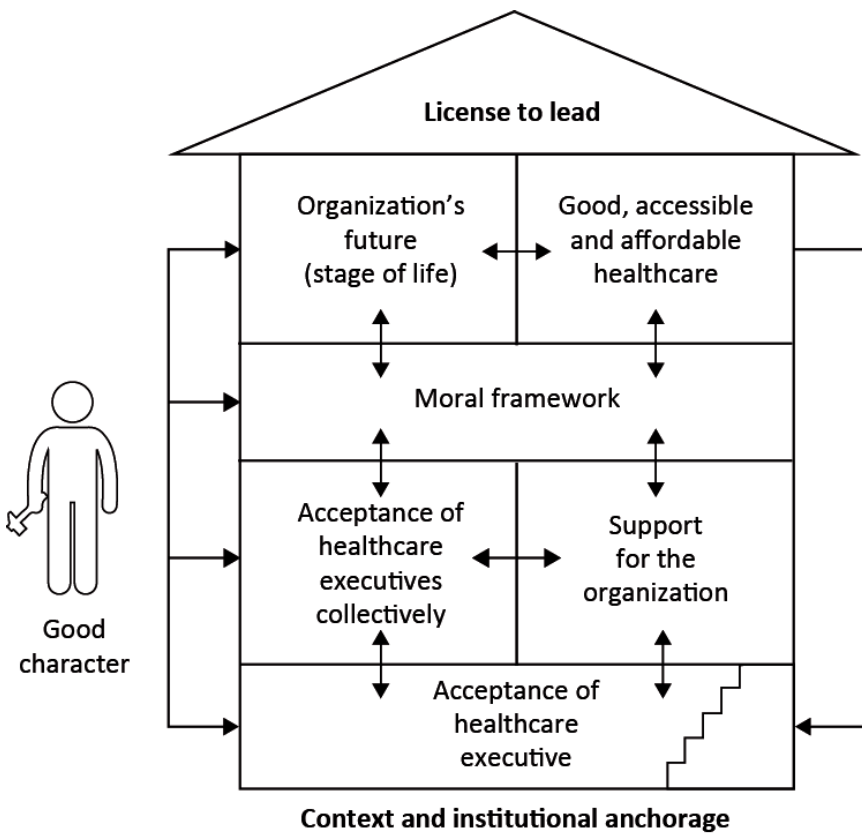
Based on this research, it can be stated that the building blocks of a healthcare executive's license to lead are as follows:

- The executive's good character (intellectual and moral knowledge, choices made and actions taken in the best intentions, arising from the capacity for self-discipline);
- The creation by the executive of acceptance<sup>[65]</sup> of himself;
- The creation by the executive of support for the organization;
- The creation of acceptance by the executive of healthcare executives collectively;
- The construction by (the) healthcare executive(s) of a moral framework (more or less intersubjective views about what constitutes good outcomes, good methods and good motives);
- The contribution made by the executive to the organization's future;
- The contribution made by the executive to good, accessible and affordable healthcare with respect to his own institution, the region and/or the national system.

The diagram below summarizes how these building blocks roughly relate to each other.

---

65 When the other person perceives legitimacy, this creates support. Justification is a means that can be used to legitimize actions. Therefore, support is the point at which legitimacy meets justification.



**Figure 38:** Building blocks of the license to lead.

Figure 38 represents the ideal: in practice, some building blocks of the license to lead are always missing (**chapter 5**). Thus, despite having become less ambiguous in recent years, the standards applied to good governance in healthcare vary greatly. In practice, the standards and values of executives and stakeholders can also clash or be weighted differently. The lack of a clear idea of what constitutes good governance in healthcare is another major factor behind the lack of a recognized training pathway for healthcare executives. Moreover, in practice there are incompetent executives or executives who gain support by, for example, giving jobs to friends on the management team. And not all executives and healthcare institutions will always contribute to good, affordable and accessible healthcare.

Each building block individually may contribute for a time to the license to lead, as long as the executive enjoys some support from a key stakeholder. The license to lead is forfeited when the foundation, the acceptance, is lost.



In practice, executives find themselves juggling many balls. Even without everyone's support or without moral consensus, they work to advance the organization and provide good, accessible and affordable care in the institution, their own region and nationwide. The various building blocks also influence each other: delivering good results leads, in turn, to greater support and moral consensus. If the outcome is prioritized over the process ('the ends justify the means'), there is a risk of failing to achieve positive results, because of stakeholder 'obstruction'. Nor are the building blocks fixed in place: legitimacy can be lost during the process. Support and a shared moral framework are two of the keys to solidifying the results achieved for the long term.

All the building blocks mentioned are important to maintaining the license to lead on a lasting basis, both as an individual and as a group. Lasting support can be achieved if due effort is made in all these aspects. The degree of support may vary. Legitimacy, approval or trust may be gained, legitimacy being the lower threshold for support and trust the highest level. Executives can use themselves as an instrument here: their personality (input legitimacy), the way they design the process (throughput legitimacy) and the result they are able to achieve (output legitimacy) engender varying amounts of support.

The work done by healthcare executives themselves to consolidate their license to lead is a key focus of this research. How lasting that license to lead is will depend on how those executives approach that task. A more lasting license to lead can be achieved through institutional anchorage, be that in legislation, codes of conduct, models created by healthcare executives themselves, the government or other parties, and so on. The context and institutional arrangements are instrumental in bolstering or undermining healthcare executives' license to lead.

In conclusion (**chapter 6**), healthcare executives collectively seem to now be enjoying a more robust license to lead: the accreditation system, for instance, has staved off further government intervention such as the imposition of a suitability test. Furthermore, due in part to initiatives by healthcare executives, a set of standards for good governance is emerging. Healthcare executives collectively behave as a profession in the making. Because of this, they are not assessed by, or held to, a set of common standards. Healthcare executives do not have the distinct right of professionals to perform acts that people are otherwise forbidden to do (internal regulation and quality control). Informally, gatekeepers have emerged who do play a role in the selection and assessment of healthcare executives. These are supervisory boards, searchers, educational establishments (which set entry requirements for their courses) and co-determination bodies (which, increas-

ingly, have a say in the appointment of executives). However, the role of these gatekeepers is not very visible to the general public.

In recent years, both healthcare executives themselves and legislators have devoted a lot of attention to throughput legitimacy, with the result that healthcare executives now share their power with stakeholders in the organization. The challenges faced by the healthcare system call not only for a sound decision-making process, but also the knowledge and skill needed to deliver the right outcomes. Based on this research, recommendations can be made to help healthcare executives consolidate their license to lead. The key recommendations are:

- Make clear arrangements at system level about the sharing of responsibility.
- Use incidents (dismissal of an executive, tighter supervision, negative media reporting) as learning opportunities.
- Ensure a meticulous recruitment process, which specifies and evaluates the executive's personal qualities and match with the organization.
- Define professionalization pathways for healthcare executives, which involve formal and informal learning;
- Identify high potentials within the healthcare organization and train them along those professionalization pathways;
- Consider adding an aptitude test to the accreditation process and (if there is enough public support) making this a license to practice;
- As well as discussing decisions, also discuss motives and choices. This paves the way for achieving a moral consensus.
- Always base decisions on the best available evidence.







## 10 Dankwoord



Wat is het heerlijk om onderzoek te doen in een tijdperk waarin de wereldbibliotheek online raadpleegbaar is. En wat maakt dat het lastig om hoofd- van bijzaken te scheiden en een eigen koers te varen. Als buitenpromovendus en 'buitenbeen' in het vakgebied, zijn de tips en kritische reflecties van anderen voor mij des te belangrijker geweest. Ik ben dankbaar voor alle betrokkenheid bij mijn onderzoek.

Ten eerste bedank ik mijn promotoren Kim Putters en Wouter ten Have dat jullie dit avontuur met mij aan zijn gegaan. Geweldig om met jullie steeds in dialoog te zijn vanuit zowel jullie wetenschappelijke inzichten als jullie praktijkervaring. Maar ook om zo'n persoonlijke band aan te gaan, waarbij jullie op moeilijke momenten (soms letterlijk) naast mij gingen staan. Ook dank aan jullie secretariaten, het afspreken was soms een hele puzzel.

Kim, je bent een inspiratie. Ik bewonder jouw reflectief vermogen, je open houding, je oprechte betrokkenheid en dat je me mijn eigen weg hebt laten vinden. Ook met jouw lieve sms'jes en je niet aflatende vertrouwen in mij heb je me steeds gestimuleerd. Kritisch, maar wel met het doel het verhaal nog beter te maken. Jouw bevoegenheid maakte van de gesprekken een feestje. Geweldig dat je een netwerk hebt gecreëerd van je promovendi om samen op te trekken: Femke, Jeroen, Lieke, Maarten, Ron, Tim en William. Dank voor jullie feedback en gezelligheid. Ieder jaar gaven jullie me tijdens de aio-dagen 'op de hei' (met een uitstapje naar Genève), een *boost*.

Wouter, wat heb je veel kennis en inzichten en een snelheid van denken. Vanaf het begin hebben we iedere maand afgesproken. Iedere bijeenkomst kwam je weer met een nieuw model, een pakkende *oneliner* of een sprekend voorbeeld. Ik heb genoten van deze gesprekken. Daarnaast was je altijd bereikbaar en beschikbaar voor vragen, praktisch of wetenschappelijk. Jouw passie en enthousiasme zijn aanstekelijk.

De bittere noot van het einde van deze periode is dat ik de regelmatige gesprekken met jullie beide ga missen.

Naast mijn promotoren is Jos de Beer van het begin tot het eind betrokken geweest bij het onderzoek. Jos, zonder jou was het niet mogelijk geweest dit onderzoek te starten en niet om het af te maken. Je combineerde betrokkenheid met afstand, door nooit te sturen op resultaten, maar wel altijd bereid te zijn de dialoog aan te gaan, mee te denken en mee te lezen. Je was in die zin mijn derde promotor. Ik weet nog dat ik solliciteerde bij de NVZD en dat we meteen bezig waren de beleidsagenda en uitdagingen te bespreken, zo natuurlijk ging de samenwerking en gaat deze nog steeds. Ook jouw

relativeringsvermogen en pragmatische houding ('ik kon het toch niet laten nog een typfoutje eruit te halen') waardeer ik.

In verschillende fasen van dit onderzoek hebben verschillende personen een belangrijke bijdrage geleverd. Mijn focusgroep (ook wel bekend als klankbordgroep) bestaande uit (de namen noem ik met toestemming van de betrokkenen): Jos de Beer, Bart Bemelmans, Moniek van Jaarsveld, Richard Janssen, Marjolein ten Kroode, Julianne Meijers, Ernest Muter, Marc van Ooijen, Henri Plagge en Yvonne Wilders. Jullie openheid en betrokkenheid heb ik bijzonder gewaardeerd. Bovendien vond ik onze bijeenkomsten één van de leukste elementen van mijn promotie. Ik prijs mezelf gelukkig dat jullie bereid waren zoveel tijd en aandacht aan dit onderzoek te geven. Richard ook vanuit jouw rol als leerstoelhouder. Ook iedereen met wie ik een interview heb mogen houden, wil ik bedanken. Dank aan het bestuur van de NVZD in wisselende samenstellingen en in het bijzonder Ruud Lapré, Joke van Lonkhuijzen, Jopie Nooren, Marc van Ooijen, Titus Visser en Yvonne Wilders. En ook alle leden van de NVZD voor het invullen van de enquête, de interesse in het onderzoek en voor alle leuke gesprekken.

Soms val je met je neus in de boter: op zoek naar intervisie en reflectie ontving ik een mail van Annemiek Stoopendaal dat er een groep van buitenpromovendi van het iBMG werd gevormd. Dank voor de leuke bijeenkomsten. En Annemiek en Hester van de Bovenkamp voor jullie goede begeleiding en tips.

Wilma van der Scheer, dank voor het vertrouwen om de enquête van Pauline Meurs en jou in 2015 te herhalen en voor je wetenschappelijke inzichten, waar ik in deze dissertatie met plezier gebruik van heb gemaakt. Lizette van Veen-Berkx, dank voor je betrokkenheid bij de totstandkoming van het boek 'Bestuurders in beeld'.

Johan Almeida, Peter Dekker en Niels van der Eng dank voor het vormgeven aan en meedenken bij het digitaliseren en analyseren van (de resultaten van) de enquête.

Ik kan me geen betere collega's voorstellen dan mijn NVZD collega's. Mariët, ik wil jou in het bijzonder bedanken voor het 'door ploeteren' van alle teksten en voor jouw redactieslagen. Marcia en Marjan, dank voor alle cappuccino's, vriendschap en ook jullie hulp om de dissertatie af te maken. Met Marleen, Antoinette en Harry een topteam.

Goede burens, verre vrienden, vriendschappen die al bijna een leven meegaan, of met de komst van de kinderen zijn ontstaan, wat is het fijn als mensen je door en door kennen en als je elkaar altijd weer weet te vinden. Dank lieve vrienden. Ook dank aan mijn



schoonfamilie en in het bijzonder Wim, voor je relativerende woorden vanuit je eigen promotie ervaring.

Mama, dank voor je betrokkenheid, de onderzoeks- en oppasmaandagen en het 'redacteurswerk'. Ik heb tijdens mijn onderzoek vaak teruggedacht aan het opgroeien in een huisartsenpraktijk, waarbij papa al van jongs af aan anekdotes en morele dilemma's uit zijn praktijk deelde en besprak. Nu bewegen Bastiaan (vanuit heel andere hoek) en ik ons beide in het zorgveld en soms letterlijk in de zorg, namelijk het Mr. Vissershuis, waar papa geweldig verzorgd wordt.

Lieve Sytze, Willem en Elise, jullie zijn niet functioneel (al ben je mijn steun en toeverlaat, lieverd) maar essentieel.





## 11 Literatuurlijst



Autoriteit Consument & Markt (2017). *Prijs- en volume-effecten van ziekenhuisfusies: Onderzoek naar effecten van ziekenhuisfusies 2007-2014* [Rapport, zaaknummer ACM/17/009041]. Den Haag: ACM. Te vinden op: <https://www.acm.nl/sites/default/files/documents/2017-12/rapport-effecten-van-ziekenhuisfusies-prijs-en-volume-aangepaste-versie-2017-12-07.pdf>.

Alimo-Metcalfe, B., Alban-Metcalfe, J., Bradley, M., Mariathasan, J., Samele, C. (2008). The impact of engaging leadership on performance, attitudes to work and wellbeing at work: a longitudinal study. *Journal of health organization and management*, 22(6), 586-598.

Andrews, R., Boyne, G.A., Law, J. en Walker, R.M. (2012). *Strategic management and public service performance*. Houndsmills: Palgrave Macmillan.

Aristoteles, 350 v.C./Hupperts, C. en Poortman, B. (vertaling en toelichting) (2005). *Ethica Nicomachea*, Budel: Damon.

Avolio, B.J. en Gardner, W.L. (2005). Authentic leadership development: Getting to the root of positive forms of leadership. *The Leadership Quarterly*, 16, 315-338.

Bal, R. (2008). *De nieuwe zichtbaarheid: Sturen in tijden van marktwerking* [Oratie]. Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam.

Ballinger, G., Schoorman, D. en Lehman, D. (2009). Will you trust your new boss? The role of affective reactions to leadership succession, *The Leadership Quarterly* 20, 2019-232.

Barker, R. (2010). The big idea: No, management is not a profession, *Harvard Business Review*, 88 (juli-augustus), 52-60.

Barnhart, R.K. (ed.) (1988). *Chamber's Dictionary of Etymology*. Edinburgh: Chambers.

Bauman, D.C. (2013). Leadership and the three faces of integrity, *The Leadership Quarterly*, 24, 414-426.

Beauchamp, T.L. (2001). *Philosophical ethics: An introduction to moral philosophy* (2e ed.). Boston: McGrawHill.

Becker, H.S. (1970). The Nature of a Profession. In H.S. Becker (ed.). *Sociological work: Method and substance* (pp. 87-103). New Brunswick: Transaction Books.

Bijloos, S., van der Scheer, W. en van Veen-Berkx, L. (2017). *Bestuurders in beeld: Vijftien jaar onderzoek naar het besturen van zorgorganisaties*, Utrecht: De Tijdstroom Uitgeverij.

Boschma, H. E., Lennarts, M. L., Veenstra, J. N., en van Veen, K. (2017). *Evaluatie Wet bestuur en toezicht* [WODC rapport; Nr. 2730]. Den Haag: Wetenschappelijk Onderzoek- en Documentatiecentrum (WODC) .

Brancheorganisaties Zorg (2009). *Zorgbrede Governancecode 2010*. Utrecht: Brancheorganisaties Zorg.

Brancheorganisaties Zorg (2017). *Governancecode Zorg*. Utrecht: Brancheorganisaties Zorg, te vinden op: [www.governancecodezorg.nl](http://www.governancecodezorg.nl).

Branden, T., van de Donk, W.B.H.J. en Putters, K. (2005). Griffins or chameleons? Hybridity as a permanent and inevitable characteristic of the third sector, *International Journal of Public Administration*, 28 (9-10), 749-765.

Bressers, H. en Klok, P.-J. (1988). Fundamentals for a theory of policy instruments. *International Journal of Social Economics*, 15(3), 22-41.

Carr-Saunders, A.M. (1928). *Professions. Their organization and place in society*. Oxford: Clarendon Press.

Coffey, A. en Atkinson, P. (1996). Narratives and stories. In: A. Coffey en P. Atkinson. *Making sense of qualitative data: Complementary research strategies (pp. 54-82)*. Thousand Oaks: Sage Publications.

Colquitt, J.A., Conlon, D.E., Wesson, M.J., Porter, C.O.L.H. en Yee Ng, K. (2001) Justice at the millennium: a meta-analytic review of 25 years of organizational justice research, *Journal of applied psychology*, 86(3), 425-445.

Creswell, J.W. (1998). *Qualitative inquiry and research design: choosing among five traditions*. Thousand Oaks: Sage Publications.

Crossan, M., Vera, D., Nanjad, L. (2008). Transcendent leadership: Strategic leadership in dynamic environments, *The Leadership Quarterly*, 19, 569-581.

de Graaf, L.J. (2007). *Gedragen beleid. Een bestuurskundig onderzoek naar interactief beleid en draagvlak in de stad Utrecht* [Dissertatie]. Utrecht: Universiteit Utrecht.

den Breejen, E., Ngo, D., Putters, K. en Bal, R. (2009). *Supervising the quality of care in changing healthcare systems: an international comparison*. Rotterdam: Erasmus University Rotterdam.

den Ridder, J., Dekker, P. en van Houwelingen, P. (2015). *Zorgen over de zorg: Bevindingen in recent onderzoek naar de publieke opinie over de gezondheidszorg*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.

den Ridder, J. en Dekker, P. (2018). Publieke opinie. In: *De sociale staat van Nederland 2018*. Te vinden op: <https://digitaal.scp.nl/ssn2018/publieke-opinie>.

Dekker, C.T. en Sijmons, J.G (2013). Continuïteit van zorg en zorgspecifieke fusietoetsing. *Tijdschrift voor Gezondheidsrecht*, 37(2), 136-145.

Derks, M. en Grit, K. (2015). *Een zorgbestuurder benoemen: een gewaagde beslissing*. Rotterdam: Erasmus Centrum voor Zorgbestuur.

DeVault, M. (2013). Institutional ethnography: A feminist sociology of institutional power, *Contemporary Sociology*, 42(3), 332–340.

Drath, W., McCauley, C., van Palus, E. en McGuire, J. (2008). Direction, alignment, commitment: Toward a more integrative ontology of leadership, *The Leadership Quarterly*, 19, 635-653.

Drucker, P.F. (1963). *On the profession of management*. Boston: Harvard Business Review.

Drucker, P.F. (1966). *The effective executive*. London: William Heinemann Ltd.

Drucker, P.F. (1985). *Innovation and entrepreneurship: practice and principles*. New York: Harper&Row, Publishers.

Drucker, P.F. (1994). The theory of the business. *Harvard Business Review*, 72(5), 95-104.

Duineveld, M. en Beunen, R. (2006), *Draagvlak: 1.130.000 hits: een kritische beschouwing van een populair begrip*. Wageningen: Wageningen Universiteit.

Easton, D. (1965). *A systems analysis of political life*. New York: John Wiley & Sons.

Edelman Trust Barometer (2018). Geraadpleegd van [https://www.edelman.com/sites/g/files/aatuss191/files/2018-10/2018\\_Edelman\\_Trust\\_Barometer\\_Global\\_Report\\_FEB.pdf](https://www.edelman.com/sites/g/files/aatuss191/files/2018-10/2018_Edelman_Trust_Barometer_Global_Report_FEB.pdf).

Elliot, P. (1972). *The sociology of the professions*. London: Macmillan.

Evans, W.R., Pane Hade, S.S., Clayton, R.W. en Novicevic, M.M. (2013). History-of-management-thought about social responsibility, *Journal of management history*, 19(1), 8-32.

Evers, J. (red.) (2013). *Kwalitatief interviewen: kunst én kunde*. Den Haag: Boom Lemma uitgevers.

Freeman, R. E. (1984). *Strategic management: A stakeholder approach*. Boston: Pitman.

Freidson, E. (1994). *Professionalism reborn: theory, prophecy, and policy*. Cambridge: Polity.

Fukuyama, F. (1995). *Trust: the social virtues and the creation of prosperity*. New York: Free Press.

Fulmer, R. M. (1997). The evolving paradigm of leadership development. *Organizational Dynamics*, 25(4), 59-72.

Gardner, W.L., Avolio, B.J., Luthans, F., May, D.R., en Walumbwa, F. (2005). "Can you see the real me?" A self-based model of authentic leader and follower development. *The Leadership Quarterly*, 16(3), 343-372.

Gardner, W.L., Cogliser, C.C., Davis, K.M., Dickens, M.P. (2011). Authentic leadership: a review of the literature and research agenda, *The leadership quarterly*, 22, 1120-1145.

Glaser, B.G. en Strauss, A.L. (1967). *The discovery of grounded theory: Strategies for qualitative reasearch*. Chicago: Aldine Publishing Company.

Greenwood, E. (1953). *Toward a sociology of work*. Los Angeles: Welfare Council.

Greiner, L. (1998). *Evolution and revolution as organizations grow*. Harvard Business Review Classics, te vinden op: [http://nughrdp.org/evolution\\_and\\_revolution.pdf](http://nughrdp.org/evolution_and_revolution.pdf).

Grit, K. en Meurs, P. (2005). *Verschuivende verantwoordelijkheden: Dilemma's van zorgbestuurders*. Assen: Koninklijke van Gorcum B.V.



Grzeda, M.M. (2005). In competence we trust? Addressing conceptual ambiguity, *Journal of management development*, 24(6), 530-545.

Gunningham, N., Kagan, R. en Thornton, D. (2004). Social license and environmental protection: Why businesses go beyond compliance. *Law and Social Inquiry*, 29(2), 307-341.

Halsema, F., Februari, M., van Kalveveen, M., Terpstra, D. (2013). *Een lastig gesprek* [Rapport Advies Commissie Behoorlijk Bestuur]. Den Haag: Ministerie van Economische Zaken.

Hart, W. en Buiting, M. (2012). *Verdraaide organisaties: Terug naar de bedoeling*. Deventer, Kluwer.

Helderman, J-K. (2007). *Bringing the market back in? Institutional complementarity and hierarchy in Dutch housing and health-care* [Dissertatie]. Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam.

Helderman, J-K, Honingh, M.E. (2009). *Systeemtoezicht: een onderzoek naar de condities en werking van systeemtoezicht in zes sectoren* [Onderzoek in opdracht van het WODC en de interdepartementale werkgroep Handhaving en Gedrag]. Nijmegen: Radboud Universiteit Nijmegen.

Hernes, T. (2014). *A process theory of organization*. Oxford University Press: Oxford.

Hess, F.M. (2003). *A license to lead? A new leadership agenda for America's schools* [Opinion paper]. Washington: Progressive Policy Institute.

Hilders, C.G.J.M. (2015). *Tijd voor medisch leiderschap: Van verleden naar toekomst* [Oratie]. Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam.

Hoefman, R.J., Brabers, A.E.M, en de Jong, J.D. (2015). *Vertrouwen in zorgverzekeraars hangt samen met opvatting over rol zorgverzekeraars*. Utrecht: NIVEL.

Hoek, H. (2007). *Governance & Gezondheidszorg: private, publieke en professionele invloeden op zorgaanbieders in Nederland* [Dissertatie]. Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam.

Hoekstra, R.J., Hoogduin, L.H. en van der Schaar, J. (2012). *Commissie kaderstelling en toezicht woningcorporaties: Eindrapportage* [Ingesteld door de minister van Binnenlandse

Zaken], te vinden op: [https://www.vtw.nl/data/media/files/woningwet/2013\\_Advies\\_Commissie\\_Hoekstra.pdf](https://www.vtw.nl/data/media/files/woningwet/2013_Advies_Commissie_Hoekstra.pdf).

Hofmann, P.B. en Nelson, W.A. (2001). *Managing ethically: an executive's guide*. Chicago: Health Administration Press.

Hogan, J., Hogan, R. en Kaiser, R. B. (2010). Management derailment. In S. Zedeck (ed.) *APA handbook of industrial and organizational psychology*, Vol. 3 (pp. 555-575). Washington, DC: American Psychological Association.

Hollenbeck, G.P. (1991). What did you learn in school? Studies of a university executive program. *Human Resource Planning*, 14, 247-260.

Hollenbeck, G.P. (2009). Executive Selection - What's Right ... and What's Wrong, *Industrial and Organizational Psychology*, 2, 130-143.

Hollenbeck, G.P., McCall Jr., M.W. en Silzer, R.F. (2006) Theoretical and practitioner letters: Leadership competency models. *The Leadership Quarterly*, 17, 398-413.

Hollenbeck, G.P., McCall Jr., M.W. en Silzer, R.F. (2006). Theoretical and practitioner letters: Leadership competency models, *The Leadership Quarterly*, 17(4), 398-413.

Hopfl, H.M. (1999). Power, authority and legitimacy, *Human Resource Development International*, 2(3), 217-234

Hout, E., van der Scheer, W.K., Putters, K. (2007). Managers en professionals in de zorg. Over verschuivende verantwoordelijkheden en hybridisering. *Bestuurskunde*, 16(4), 16-24.

Inspectie voor de Gezondheidszorg (2016). *Eindrapportage toezicht IGZ op 150 verpleeg-zorginstellingen: Bij een derde blijft de inspectie intensief toezicht houden*. Utrecht, IGZ.

Inspectie voor de Gezondheidszorg en Nederlandse Zorgautoriteit (2016). *Voor bestuurders en toezichthouders in de zorg: Toezicht op goed bestuur* [Toezichtkader]. Heerlen, IGZ.

Inspectie voor de Gezondheidszorg (2017a). *Goed bestuur en veilige cultuur; vereisten voor goede zorg. Raad van bestuur UMC Utrecht teveel op afstand*. Utrecht: IGZ.

Inspectie voor de Gezondheidszorg (2017b). *Jaarbeeld 2016*. Utrecht: IGZ.

Inspectie voor de Gezondheidszorg (2017c). *Werkplan 2017*. Utrecht: IGZ.

Inspectie voor de Gezondheidszorg en Jeugd (2018). *Jaarbeeld 2017*. Utrecht: IGJ.

Janssen, M. (2016). *Situated novelty: A study on healthcare innovation and its governance* [Dissertatie]. Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam.

Janssen, R.T.J.M. (2017). *Het onzekere voor het zekere: tweebenig besturen in de zorg [Oratie]*. Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam.

Johnson, G. en Scholes, K. (2002). *Exploring corporate strategy* (6e ed.). Essex: Prentice Hall.

Kets de Vries, M. (2007). Executive complexes, *Organizational Dynamics*, 36(4), 377-391.

Kets De Vries, M.F.R. (2001). *The leadership mystique: Leading behavior in the human enterprise*, Essex: Prentice Hall.

Keuning, D., en Eppink, D.J. (2004). *Management & organisatie: Theorie en toepassing*. Groningen: Stenfert Kroese.

Khurana, R. (2007). *From higher aims to hired hands: the social transformation of American business schools and the unfulfilled promise of management as a profession*. Princeton: Princeton University Press.

Khurana, R. en Nohria, N. (2008). It's time to make management a true profession, *Harvard Business Review*, 86(10): 70-77.

Kor, R., Weggeman, M. en Wijnen, G. (1991). *Management en motiveren*. Deventer: Kluwer Bedrijfswetenschappen.

Laarman, B., van Schoten S. en Friele, R. (2016). *Nulmeting Wet Kwaliteit, Klachten en Geschillen Zorg (Wkkgz)*. Utrecht: NIVEL.

Legemaate, J., Grit, K., Plomp, E., de Die, M., van de Bovenkamp, H., Broer, T., Bouwman, R., Bomhoff, M., Friele, R. en Bal, R. (2013). *Thematische wetsevaluatie. Bestuurlijk toezicht op de kwaliteit van zorg*. Den Haag: ZonMw.

Leventhal, G.S. (1980). 'What should be done with equity theory? New approaches to the study of fairness in social relationships'. In: K.J. Gergen, M.S. Greenberg en R.H. Willis (red.), *Social exchange: Advances in theory and research* (pp. 27-55). New York: Plenum Press.

Leventhal, G.S. (1976). The distribution of rewards and resources in groups and organizations. In L. Berkowitz en W. Walster (eds.), *Advances in experimental social psychology*, Vol. 9 (pp. 91–131). New York: Academic Press.

Long, C.P. (2018). To control and build trust: How managers use organizational controls and trust-building activities to motivate subordinate cooperation. *Accounting, Organizations and Society*, 70, 69-91.

Luscuere, P.G. (2001). Organisatiekundige en veranderkundige diagnose (afbeelding). In L. De Caluwé en H. Vermaak (eds.), *Leren veranderen: Een handboek voor de veranderkundige*. Alphen aan de Rijn: Samsom.

Marchiavelli, N., 1532 /van Dooren, F. (vertaling en toelichting) (2998). *De heerser*, Amsterdam: Athenaeum - Polak & Van Genneep.

Manz, C.C., Anand, V., Joshi, M., Manz, K.P. (2008). Emerging paradoxes in executive leadership: a theoretical interpretation of the tensions between corruption and virtuous values, *The leadership quarterly*, 19, 385-392.

Maso, I. en Smaling, A. (1998). *Kwalitatief onderzoek: praktijk en theorie*. Amsterdam: Boom.

Mein, A. en Oudenampsen, D. (2015). *Medezeggenschap op maat: Onderzoek naar de wijze waarop vorm en inhoud wordt gegeven aan medezeggenschap van cliënten in de zorg* [Opdrachtgever: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport]. Utrecht: Verwey-Jonker Instituut.

Meurs, P.L. (1997). *Nobele wilden: over verantwoordelijkheden van directeurs van instellingen in de gezondheidszorg* [Oratie]. Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam.

Meurs, P.L. (2012). *Professionalisering van bestuurders: notitie over de ontwikkeling van een systeem van accreditatie* [Intern document]. Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam.

Miao, Q., Newman, A., Schwarz, G. en Xu, L. (2014). Servant leadership, trust, and the organizational commitment of public sector employees in China. *Public Administration*, 92, 727-743.

Millenaar, L., Graamans, E. P., en ten Have, W. D. (2013). Rechtvaardigheid als bepalende factor bij organisatieverandering. *Holland Management Review*, 149, 44-52.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2018). *Rechtmatige zorg*. Den Haag: ministerie van VWS.

Mintzberg, H. (1985). Who should control the corporation? *The McKinsey Quarterly*, 47-64. Gebaseerd op een artikel uit 1984 in *The California Management Review*, 27(1), 90-115.

Mintzberg, H. (1990). The design school: Reconsidering the basic premises of strategic management. *Strategic Management Journal*, 11(3), 171-195.

Mintzberg, H. (2009). *Managing*. Harlow: Pearson Education Limited.

Mitchell, R., Agle, B., en Wood, D. (1997). Toward a theory of stakeholder identification and salience: Defining the principle of who and what really counts. *The Academy of Management Review*, 22(4), 853-886.

Moffat, K.J., Lacey, A. Zhang en Leipold, S. (2015). The social license to operate: a critical review. *Forestry: An international Journal of Forest Research* (november), 1-12.

Moore, M.H. (1995). *Creating public value: Strategic management in government*. Cambridge: Harvard University Press.

Netwerk Toekomst Maatschappelijke Onderneming (2003). *De waarde van de maatschappelijke onderneming geborgd*. Deventer: Netwerk Toekomst Maatschappelijke Onderneming.

Noordegraaf, M. (2007). From 'pure' to 'hybrid' professionalism: present-day professionalism in ambiguous public domains. *Administration and Society*, 39, 761-785.

Noordegraaf, M. (2008). *Professioneel bestuur. De tegenstelling tussen publieke managers en professionals als 'strijd om professionaliteit'*. Den Haag: Lemma.

Noordegraaf, M. en Schinkel, W. (2011). Professional capital contested: a Bourdieusian analysis of conflicts between professionals and managers, *Comparative sociology*, 10, 97-125.

Noordegraaf, M. en van der Meulen, M. (2008). Professional power play: organizing management in health care. *Public Administration*, 86(4), 1055-1069.

Noordegraaf, M., Schaufeli, W., Schneider, M., Peeters, M., Boselie, P., van der Schaaf, M., Langbroek, P. en ten Cate, O. (2015). *Empowering professionals for emerging challenges* [Position paper]. Utrecht: Universiteit Utrecht. Te vinden op: [https://www.uu.nl/sites/default/files/focusgebied\\_professional\\_performance\\_150601\\_position\\_paper\\_1\\_2.pdf](https://www.uu.nl/sites/default/files/focusgebied_professional_performance_150601_position_paper_1_2.pdf).

Nordhaug, O. (1998). Competence specificities in organizations. *International Studies of Management & Organization*, 28(1), 8-29.

NVZ vereniging van ziekenhuizen. (2002). *Het zorghandvest voor ziekenhuizen: Het ziekenhuis als zorgonderneming met een bijzondere maatschappelijke verantwoordelijkheid*. Utrecht: NVZ vereniging van ziekenhuizen.

NVZ (2004). *NVZ-Governancecode*, NVZ Vereniging van Ziekenhuizen, Utrecht.

NVZD (2005). *Gedragscode voor de goede bestuurder*. Utrecht: NVZD.

NVZD (2017) *NVZD Statuten*, Zeist: NVZD.

NVZD (2018). *Handboek accreditatie*, Zeist: NVZD.

NVZD en NVTZ (2018a). *Modelreglement raad van bestuur*. Zeist: NVZD.

NVZD en NVTZ (2018b). *Modelreglement raad van toezicht*. Zeist: NVZD.

NVZD en NVTZ (2018c). *Modelstatuten stichtingen*. Zeist: NVZD.

Oldenhof, L. (2012). *De middenmanager: sleutelfiguur bij transities in de langdurige zorg* [Studie voor de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg]. Den Haag: RVZ.

Oldenhof, L., Postma, J. en Putters, K. (2014). On justification work: How compromising enables public managers to deal with conflicting values. *Public Administration Review*, 74, 52-63.

Pestoff, V.A. (1992). Third sector and co-operative services – An alternative to privatization. *Journal of Consumer Policy*, 15 (1), 21–45.

Pfeffer, J. and Salancik, G.R. (1978). *The external control of organizations: A resource dependence perspective*. New York: Harper & Row.

Pfeffer, J. en Sutton, R.I. (2006). Evidence-based management, *Harvard Business Review*, 84(1), 62-74.

Phelan, J. Narrative Ethics. In: Hühn, Peter e.a. (eds.). *The living handbook of narratology*. Hamburg: Hamburg University. Te vinden op: <http://www.lhn.uni-hamburg.de/article/narrative-ethics>

Piper, L.E. (2007). Ethics: the evidence of leadership. *The health care manager*, 26(3), 249-254.

Postma, J. (2015). *Scaling care* [Dissertatie]. Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam.

Prodinger, B. en Turner, S.M. (2013). Using institutional ethnography to explore how social policies infiltrate into daily life. *Journal of Occupational Science*, 20(4), 357-369.

Putters, K. (2009). *Besturen met duivelselastiek* [Oratie]. Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam.

Putters, K. (2012). *Verslag van activiteiten over de periode 2008-2012* [Intern document]. Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam.

Putters, K. (2012). *Legitimiteit van zorgbestuur: trends, oorzaken en gevolgen, onderzoeks-programma bij de leerstoel Management van instellingen in de gezondheidszorg: verslag 2008-2012 en vooruitblik* [Intern document]. Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam.

Putters, K. (2017). *Was getekend: op weg naar een vernieuwd sociaal contract in de zorg* [Oratie]. Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam.

Putters, K., den Breejen, E. en Frissen, P.H.A. (2009). *De winst van zorgvernieuwing*. Van Gorcum, Assen.

Raad voor Volksgezondheid en Samenleving (2016). *Verlangen naar samenhang: Over systeemverantwoordelijkheid en pluriformiteit*. Den Haag: RVS.

Roos, A.F. (2018). *Mergers and competition in the Dutch healthcare sector* [Dissertatie]. Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam.

Ruijters, M.C.P., van Luin, G.E.A., Wortelboer, F.Q.C. (red.) (2018). *Mijn binnenste buiten: werken aan je professionele identiteit*. Deventer: Vakmedianet.

Ruijters, M.C.P. (2017). *Leren in verandering: over lerende organisaties, professionele teams en goed werk* [Oratie]. Amsterdam: Vrije Universiteit Amsterdam.

Salancik, G.R. en Pfeffer, J. (1977). Who gets power - And how they hold on to it: A strategic-contingency model of power. *Organizational Dynamics*, 5(3), 2-21.

Sanderse, W. en Kole, J. (red) (2018). *Karakter: deugden voor professionals*. Leusden: ISVW Uitgevers.

Schein, E.H. (1983). *Organizational culture: a dynamic model* [Working paper]. Massachusetts: Sloan school of management.

Schinkel, W. en Noordegraaf, M. (2011). Professionalism as symbolic capital: materials for a Bourdieusian theory of professionalism. *Comparative Sociology*, 10, 67-96.

Scott, W. (2001). *Institutions and organizations* (2e ed.). Thousand Oaks, London, New Delhi: Sage Publications.

Shadish, W., Cook, T., en Campbell, D. (2002). *Experimental & quasi-experimental designs or generalized causal inference*. Boston: Houghton Mifflin.

Sitkin, S. B. en George, E. (2005). Managerial trust-building through the use of legitimating formal and informal control mechanisms. *International Sociology*, 20(3), 307-338.

Smith, D.E. (2006). *Institutional ethnography as practice*. Oxford: Rowman & Littlefield.

Speet, M., Sluijs, E. en Wagner, C. (2002). *Toepassing van kwaliteitsmethoden door verpleegkundigen en verzorgenden*. Utrecht: NIVEL.

Stichting Waarborgfonds voor de Zorgsector (2016). *Jaarverslag 2016*. Utrecht: Waarborgfonds voor de Zorgsector.

Stoker, J.I. (2005). *Leiderschap verandert*. Van Gorcum, Assen.



Stoker, J.I. en Garretsen, H. (2018). *Goede leiders zweven niet: de fundamenteën van effectief leiderschap in organisaties en de maatschappij*. Amsterdam: Business Contact.

Stoopendaal, A.M.V. (2008). *Zorg met Afstand: Betrokken bestuur in grootschalige zorginstellingen* [Dissertatie]. Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam.

Strother, G. (1976). The moral codes of executives: A watergate-inspired look at Barnard's theory of executive responsibility. *Academy of Management Review*, 1(2), 13-22.

ten Have, S., en ten Have, W.D., (2004). *Het boek verandering: Over het doordacht werken aan de organisatie*. Amsterdam: Nieuwezijds.

ten Have, S., Otto, M. en Barends, E. (2015). Adviseren als gewetensvolle onzekerheidsreductie. *Holland Management Review*, 159, 27-34.

ten Have, S., ten Have, W.D., en Janssen, B. (2009). *Het Veranderboek: 70 vragen van managers over organisatieverandering*. Amsterdam: Mediawerf Uitgevers.

ten Have, W.D. (2011). *Weg van verandering: systematisch besturen: Organisatiekundige en veranderkundige verkenningen en toepassingen van het in control concept* [Dissertatie]. Amsterdam: Vrije Universiteit Amsterdam.

ten Have, W.D. en ten Have, S. (2010). Management control en effectief besturen: Systematisch en methodisch omgaan met tien bepalende managementprocessen. *Organisatie en Management (september)*, 458-471.

ten Have, S., ten Have, W., van der Eng, N. en Huijsmans, A-B (2013). *Veranderkracht: succesvol doelen realiseren*. Amsterdam: Mediawerf Uitgevers.

ten Have, W.D., (2017). *Waardevol organiseren en veranderen: Van hebben naar zijn* [Oratie]. Amsterdam: Vrije Universiteit Amsterdam.

Thomson, I. en Boutilier, R.G. (2011). Social license to operate. In P.Darling (ed.), *SME Mining Engineering Handbook* (pp. 1779-1796). Littleton: Society for Mining, Metallurgy and Exploration.

van der Grinten, T. (2006). *Zorgen om beleid: over blijvende afhankelijkheden en veranderende bestuurlijke verhoudingen in de gezondheidszorg* [Afscheidscollege]. Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam.

van der Grinten, T. en Kasdorp, J. (1999). *25 jaar sturing in de gezondheidszorg: Van vertaaling naar ondernemerschap*. Den Haag: SCP.

van der Meulen, M.J. (2009). *Achter de Schermen. Vakontwikkeling en professionalisering van publieke managers in de zorg en bij de politie* [Dissertatie]. Delft: Uitgeverij Eburon.

van der Schee, E., de Jong, J., Groenewegen, P. (2012). The influence of a local, media covered hospital incident on public trust in health care. *European Journal of Public Health*, 22(4), 459-464.

van der Scheer, W.K. (2007). *Bestuurders in beweging: ontwikkelingen in het profiel van bestuurders van gezondheidszorgorganisaties*. Rotterdam: Erasmus CMDz.

van der Scheer, W.K. (2008). Legitiem Leiderschap. *ZM Magazine Themanummer Leiderschap*.

van der Scheer, W.K. (2013). *Onder zorgbestuurders: omgaan met bestuurlijke ambiguïteit in de zorg* [Dissertatie]. Amsterdam: Bonaventura en Reed Business.

van Dijk, G.M. (2018). *Game of thrones, regels en bedoelingen* [Dissertatie]. Amsterdam: Vrije Universiteit Amsterdam.

van Hout, E., van der Scheer, W. en Putters, K. (2007). Managers en professionals in de zorg. Over verschuivende verantwoordelijkheden en hybridisering, *Bestuurskunde*, 16(4), 16-24.

van Ooijen, M. (2013). *Toezichtdynamica: Een exploratief kwalitatief onderzoek naar het functioneren van Raden van Toezicht in de gezondheidszorg*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

van Staveren, A., Bosboom, F., Smid, G. en Verweij, W. (2017). *Doen wat nodig is: Evaluatieonderzoek In voor zorg!* [Evaluatieonderzoek/eindrapportage]. Utrecht: Sioo.

van Twist, M., de Jong, I., van der Steen, M., Schulz, M. (2017). Self as tool: Het vermogen vakkundig jezelf te zijn in politiek-ambtelijke verhoudingen [Essay]. Te vinden op: <https://www.nsob.nl/wp-content/uploads/2017/12/Self-as-tool-def.pdf>.

Vennik, F.D. (2016). *Interacting Patients: The construction of active patientship in quality improvement initiatives* [Dissertatie]. Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam.

Watson, T. (2002). Professions and professionalism: Should we jump off the bandwagon, better to study where it is going? *International Studies of Management & Organization*, 32(2), 93-105.

Weber, M. (1978). *Economy and society* [Origineel werk gepubliceerd in 1922]. In Roth, G. en Wittich, C. (vert.). California: University of California Press.

Weick, K.E. (1979). *The social psychology of organizing*. New York: McGraw-Hill.

Wentink, A.A.I.G. (2013). *De tweede managerial revolution: Over kwaliteit en professionalisering van managers en de rol van business schools* [Afscheidsrede]. Tilburg: Universiteit van Tilburg.

Westerveld, H.E., Briet, J.W., Houwaart, E.S., Legemaate, J., Meerman, Th.J.A.M., Breetvelt, E.J. en van der Wall, E. (2005). Dutch medical oath. *The Netherlands Journal of Medicine*, 63(9), 368-371.

Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid (2004). *Bewijzen van goede dienstverlening*. Den Haag/Amsterdam: Amsterdam University Press.

Whetten, D.A. (1989). What constitutes a theoretical contribution?. *The academy of management review*, 14(4), 490-495.

Wong, Y.T., Ngo, H.Y. en Wong, C.S. (2003). Antecedents and outcomes of employees' trust in Chinese joint ventures. *Asia Pacific Journal of Management*, 20, 481-499.

Wrzesniewski, A. en Dutton, J.E. (2001). Crafting a job: Revisioning employees as active crafters of their work. *The academy of management review*, 26(2), 179-201.

Xu, A.J., Loi, R. en Ngo, H. (2016). Ethical leadership behavior and employee justice perceptions: The mediating role of trust in organization. *Journal of Business Ethics*, 134(3), 493-504.

Zijderveld, A.C. (1999). *The Waning of the Welfare State: The End of Comprehensive State Succor*. New Brunswick/London: Transaction Publishers.



## Curriculum vitae/Portfolio

### Over de auteur

Naam	Sophie Bijloos
Departement	Erasmus School of Health Policy & Management (ESHPM)
Promotieperiode	2013-2019
Promotoren	Prof. dr. K. (Kim) Putters Prof. dr. W.D. (Wouter) ten Have

### Opleidingen

#### *Erasmus universiteit*

Periode	September 2014
Opleiding	Kwalitatief interviewen
Certificaten	Behaald

#### *Universiteit van Amsterdam (UvA)*

Periode	September 2006-december 2008
Studie	Rechten
Diploma	Behaald: Master International and European Law

#### *Universiteit Utrecht*

Periode	September 2005-oktober 2006
Studie	Geschiedenis
Diploma	Behaald: met veel genoeg. Master Internationale betrekkingen in historisch perspectief

Periode	September 2001-september 2004
Studie	Geschiedenis
Diploma	Behaald: Bachelor Geschiedenis

Periode	September 2001-december 2006
Studie	Wijsbegeerte
Diploma	Behaald: Bachelor Wijsbegeerte

### Werkervaring

#### *Stichting Scheidsgerecht Gezondheidszorg*

Periode	Januari 2019-heden
Rol	Statutair eindverantwoordelijk bestuurslid namens NVZD

#### *Vereniging van bestuurders in de zorg (NVZD)*

Periode	Mei 2011-heden
Rollen	Bestuurssecretaris, bedrijfsjurist en beleidsadviseur

#### *Eiffel B.V.*

Periode	Februari 2009-oktober 2012
Rollen	Spreker, workshopleider, beleidsadviseur, juridisch adviseur

## Presentaties op bijeenkomsten en congressen

2018	Presentatie over onderzoek bij een studiereis van de International Education Programs and Executive Doctoral Program van het Department of Health Services Administration University of Alabama at Birmingham
2016	Presentatie onderzoekskader op congres van de European Group for Public Administration (EGPA)
2016	Presentatie onderzoeksrichting op congres van de NVZD
2015	Presentatie enquêteresultaten op congres van de NVZD

## Professionele publicaties

Bijloos, S., van der Scheer, W. en van Veen-Berkx, L. (2017). *Bestuurders in beeld: Vijftien jaar onderzoek naar het besturen van zorgorganisaties*, Utrecht: De Tijdstroom Uitgeverij.

Bijloos, S. en Janssen, R. (2017). Geen toekomst zonder draagvlak, *Management en Consulting*, 1, 83-87.

## Over de auteur

Sophie Bijloos (1982) behaalde haar master titel in Rechten en in Geschiedenis (met veel genoegen) en de bachelor titel in Wijsbegeerte. Zij begon haar loopbaan als juridisch en beleidsadviseur bij Eiffel. Sinds 2011 is zij werkzaam bij de NVZD – Vereniging van bestuurders in de zorg als bestuurssecretaris, bedrijfsjurist en beleidsadviseur op het terrein van arbeidszaken en governance. Namens de NVZD is zij sinds januari 2019 bestuurslid van de Stichting Scheidsgerecht Gezondheidszorg.

In 2013 startte Sophie Bijloos haar onderzoek naar de *license to lead* van zorgbestuurders als buitenpromovendus aan de Erasmus School of Health Policy & Management (ESHPM) van de Erasmus Universiteit Rotterdam. Zij verzorgde verschillende presentaties over de onderzoeksresultaten, onder meer op congressen van de NVZD. Tevens publiceerde zij in dit kader het boek *Bestuurders in beeld: Vijftien jaar onderzoek naar het besturen van zorgorganisaties* (de Tijdstroom, 2017) met Wilma van der Scheer en Lizette van Veen-Berkx en het artikel *Geen toekomst zonder draagvlak* met Richard Janssen (in: *Management en Consulting*, 2017).

Zorgbestuurders hebben draagvlak nodig om hun werk goed te kunnen doen. De afgelopen jaren heeft het aan dit draagvlak vaak ontbroken. Daarom is een belangrijke vraag hoe zorgbestuurders kunnen bouwen aan draagvlak (oftewel hun license to lead). Deze vraag wordt in dit proefschrift beantwoord. Daarbij is gekeken naar drie niveaus: individuele zorgbestuurders, raden van bestuur en zorgbestuurders als collectief.



Sophie Bijloos studeerde af in geschiedenis, wijsbegeerte en rechten. Vanaf 2011 werkt zij als juridisch beleidsmedewerker bij de NVZD. In 2019 is zij haar eigen adviespraktijk gestart.

